

# **Erfaringer med preoperativ informasjon.**

*Pasienters erfaringer med preoperativ informasjon om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling.*

**Anita Kristin Gabrielsen**



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Seksjon for sykepleievitenskap

**UNIVERSITETET I OSLO**

19.05.09





UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Anita Kristin Gabrielsen.	<b>Dato:</b> 2009-03-24.
<b>Tittel og undertittel:</b> Erfaringer med preoperativ informasjon. Pasienters erfaringer med preoperativ informasjon om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling.	
<b>Sammendrag:</b> <u>Bakgrunn.</u> Pasienter som innlegges for kirurgisk behandling har kortere liggetid i sykehus nå enn tidligere, og helsepersonell har dermed mindre tid til å informere og forberede pasientene før operasjonen. En betydelig mengde forskning viser at pasienter har nytte av preoperativ informasjon, men at det også er potensial for forbedringer av både innhold og metoder.  <u>Hensikt.</u> Hensikten med studien er å beskrive pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Pasienters erfaringer kan bidra til økt kunnskap om temaet.  <u>Metode.</u> Det er et utforskende-beskrivende design, der metoden er intervju basert på temaguide. Ni pasienter ble inkludert i studien, og de hadde en gjennomsnittlig alder på 65 år. De var innlagt til planlagt kirurgi for kreft, og varighet på opphold ved Postoperativ var fra 1 til 3,5 døgn. Pasientene ble intervjuet fra 5 til 11 dager etter operasjonen, og opptak av intervjuene ble transkribert. Analysen ble utført i samsvar med generelle rammer for reduksjon av tekstdata.  <u>Resultat.</u> Enkelte av pasientene oppfattet at de fikk <u>preoperativ informasjon</u> om hendelser, men de fleste sa at de fikk informasjon når de erfarte noe, når noe ble forventet av dem, under oppholdet ved Postoperativ. Pasientene hadde ulike behov for informasjon, og de som hadde erfaring med større kirurgi sa at de var forberedt på det som ventet dem. Pasientene beskrev at de fikk preoperativ informasjon om inngrepet, om praktiske forberedelser, om narkosen og epidural smertebehandling. Kilder for informasjon var operatør, sykepleier ved sengepost og anestesilege. Ingen pasienter mottok preoperativ informasjon av spesialsykepleiere fra det perioperative forløpet. Pasientene fikk <u>postoperativ informasjon</u> om håndtering av smerter, om øvelser og aktivitet for å forebygge komplikasjoner. Pasientene uttrykte at de følte seg trygge under oppholdet ved Postoperativ, og det var knyttet til tilstedeværelse av sykepleiere. Enkelte av pasientene erfarte dårlig virkning av epidural smertelindring, og at det hadde betydning for hvile og aktivitet.  <u>Konklusjon.</u> Pasientene fikk mye informasjon, og husket ikke alltid om informasjon var gitt før eller tidlig etter operasjonen. De hadde ulike behov for informasjon, og beskrev innhold i informasjon når den var knyttet til et formål og en kilde.	
<b>Nøkkelord:</b> Preoperativ informasjon, preoperative undervisning, pasienterfaringer, postoperativ sykepleie, intensivsykepleie.	



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTETET  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> <b>Anita Kristin Gabrielsen.</b>	<b>Date:</b> 2009-03-24.
<b>Title and subtitle:</b> Experiences with preoperative information. Patients' experiences with preoperative information about events they may experience during their stay in the postoperative unit.	
<b>Abstract:</b> <u>Background.</u> Patients who are admitted for surgical treatment have a shorter hospital stay than in the past, and there is a limited time for health care staff to inform and prepare patients before operations. A significant amount of research indicates that patients benefit by preoperative information, but there are also potential for improvements both in content and methods.  <u>Purpose.</u> The purpose was to describe patients' experiences with preoperative information, about events they may experience during their stay in the postoperative unit. Patients' experiences may contribute to increased knowledge about the topic.  <u>Method.</u> The study design was exploratory-descriptive, and a semi-structured interview based on thematic guide was utilized. Nine patients met the inclusion criteria, and they had an average age of 65 years. They were admitted to elective surgery for cancer, and their stay in the Postoperative unit varied from 1 to 3,5 days. The interviews were conducted 5-11 days after surgery and transcribed verbatim. The data material was subjected to qualitative content analysis.  <u>Results.</u> Some of the patients perceived <u>preoperative information</u> about events, but most of the patients said that information was given when something was experienced or expected from them during the postoperative stay. The patients' information needs differed, and former experience from surgery made them prepared for what to expect. The patients described that they received preoperative information about the operation, about practical preparations, about anesthesia and epidural analgesia. Sources of information were the surgeon, ward nurse and anesthetist. None of the patients got preoperative information by specialized nurses working in the perioperative field. Most of the patients received <u>postoperative information</u> about postoperative pain management, about exercises and activity to prevent complications. Sources of information were physicians, nurses and physiotherapists. The patients expressed that they felt safe during the stay in the Postoperative unit, and it was associated with the presence of nurses. Some of the patients experienced pain because of poor effect of epidural analgesia, and that it influenced both rest and activity.  <u>Conclusion.</u> The patients received much information, and could not always recall if it was given to them pre- or postoperatively. Their informational needs differed, and they described the content when connected to a purpose and a source of information.	
<b>Key words:</b> Preoperative information, preoperative education, patient experiences, postoperative care, intensive care.	

## Forord

Jeg vil gjerne takke familie, venner og kollegaer som har vist interesse for arbeidet med masteroppgaven, og en stor takk til arbeidsgiver for tilrettelegging under studietiden. En takk til Kirsti Tøien for verdifull tilbakemelding på oppgaven.

Jeg vil også takke Randi Nord for god veiledning og konstruktive diskusjoner underveis.

Avdelingen som studien er foretatt på, fortjener ros for den velvilje som jeg ble møtt med under forberedelser og gjennomføring av intervjuene.

Og en spesiell takk til Ger for støtte og oppmuntring.

Oslo, mai 2009.

Anita Kristin Gabrielsen.

# Innhold

<b>FORORD .....</b>	<b>V</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>VI</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN .....	1
1.1.1 <i>Beskrivelse av pasientgruppen.....</i>	<i>2</i>
1.1.2 <i>Preoperativ informasjon som utføres ved sengepost.....</i>	<i>3</i>
1.1.3 <i>Beskrivelse av omgivelsene ved Postoperativ avdeling.....</i>	<i>3</i>
1.1.4 <i>Problemstilling.....</i>	<i>4</i>
1.1.5 <i>Pasienterfaringer som grunnlag for utvikling av kunnskap.....</i>	<i>4</i>
1.1.6 <i>Litteratursøk.....</i>	<i>5</i>
1.1.7 <i>Kunnskap om preoperativ informasjon.....</i>	<i>5</i>
1.1.8 <i>Kunnskap om pasienterfaringer fra intensivopphold.....</i>	<i>6</i>
1.1.9 <i>Begrepsavklaring .....</i>	<i>7</i>
1.1.10 <i>Avgrensning .....</i>	<i>8</i>
1.1.11 <i>Besvarelsens oppbygning .....</i>	<i>8</i>
1.1.12 <i>Hensikt .....</i>	<i>9</i>
<b>2. LITTERATURGJENNOMGANG .....</b>	<b>10</b>
2.1 INFORMASJON SOM GRUNNLAG FOR FORUTSIGBARHET OG MESTRING .....	10
2.1.1 <i>Mestring av hendelser .....</i>	<i>10</i>
2.1.2 <i>Informasjon som rettighet .....</i>	<i>12</i>
2.1.3 <i>Følelser knyttet til sykdomsopplevelsen .....</i>	<i>12</i>
2.1.4 <i>Informasjonsbehov hos pasienter med kreftdiagnoser.....</i>	<i>13</i>

---

2.1.5	<i>Informasjon og undervisning for mestring av hendelser under sykehusopphold .....</i>	<i>13</i>
2.2	INNHold, FORM OG KILDER FOR INFORMASJON.....	14
2.2.1	<i>Informasjon om postoperativt forløp .....</i>	<i>14</i>
2.2.2	<i>Informasjon om hendelser under opphold ved Postoperativ/Intensiv avdeling.....</i>	<i>17</i>
2.3	OPPFATTELSE AV INFORMASJON .....	20
2.3.1	<i>Pasienters motivasjon for læring .....</i>	<i>20</i>
2.3.2	<i>Preoperativ engstelse.....</i>	<i>21</i>
2.3.3	<i>Tilnærming til pasienters informasjonsbehov.....</i>	<i>21</i>
2.4	PASIENTERFARINGER ETTER OPERASJONER OG FRA INTENSIVOPPHOLD.....	23
2.4.1	<i>Hendelser under postoperativ- og intensivopphold.....</i>	<i>23</i>
2.4.2	<i>Kognitiv funksjon i postoperativ fase.....</i>	<i>26</i>
<b>3.</b>	<b>METODE .....</b>	<b>27</b>
3.1	DESIGN .....	27
3.1.1	<i>Intervju som metode.....</i>	<i>27</i>
3.1.2	<i>Kriterier for utvelgelse av pasienter .....</i>	<i>28</i>
3.2	ETISKE OVERVEIELSER .....	29
3.2.1	<i>Informasjonskravet .....</i>	<i>30</i>
3.2.2	<i>Krav til samtykke.....</i>	<i>30</i>
3.2.3	<i>Krav til fortrolighet.....</i>	<i>30</i>
3.2.4	<i>Krav til deltakernes sikkerhet .....</i>	<i>31</i>
3.3	KVALITETSVURDERING AV DATA .....	31
3.3.1	<i>Validitet.....</i>	<i>32</i>
3.3.2	<i>Reliabilitet.....</i>	<i>33</i>
3.3.3	<i>Overførbarhet .....</i>	<i>33</i>

---

3.3.4	<i>Metodiske overveielser</i> .....	33
3.4	ANALYSE AV KVALITATIVE DATA.....	34
3.4.1	<i>Grounded theory og etnografi</i> .....	34
3.4.2	<i>Fenomenologi</i> .....	35
3.4.3	<i>Transkribering</i> .....	36
3.4.4	<i>Teoretisk og erfaringsmessig ståsted</i> .....	37
3.4.5	<i>Prosedyre for dataanalyse</i> .....	37
4.	<b>PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>39</b>
4.1	BESKRIVELSE AV INTERVJUSITUASJONEN .....	39
4.1.1	<i>Forberedelse og gjennomføring</i> .....	39
4.1.2	<i>Erfaringer fra intervjuene</i> .....	40
4.2	BAKGRUNNSDATA .....	43
4.3	PREOPERATIV INFORMASJON .....	43
4.3.1	<i>Kunnskap fra erfaring med kirurgi</i> .....	43
4.3.2	<i>Kunnskap fra planlagte samtaler</i> .....	45
4.3.3	<i>Andre kunnskapskilder</i> .....	47
4.3.4	<i>Oppfattelse av informasjon</i> .....	48
4.3.5	<i>Oppsummering av funn om preoperativ informasjon</i> .....	49
4.4	POSTOPERATIV INFORMASJON .....	49
4.4.1	<i>Informasjon om egenaktivitet</i> .....	49
4.4.2	<i>Informasjon om forventede reaksjoner, ubehag og smerter</i> .....	51
4.4.3	<i>Informasjon om miljøfaktorer som tilgjengelighet av personell, støy og skjerming</i> ..	53
4.4.4	<i>Oppsummering av funn om postoperativ informasjon</i> .....	54
4.5	INFORMASJON VED FORFLYTNINGER UNDER FORLØP I SYKEHUSET.....	55



---

4.5.1	<i>Informasjon om forventet forløp</i> .....	55
4.5.2	<i>Individuelle informasjonsbehov</i> .....	56
4.5.3	<i>Oppsummering av funn om informasjon ved forflytninger</i> .....	56
4.5.4	<i>Refleksjon over forskerrollen</i> .....	57
<b>5.</b>	<b>DISKUSJON AV FUNN</b> .....	<b>58</b>
5.1	PASIENTERS RETT TIL INFORMASJON OM BEHANDLING OG PROGNOSE.....	58
5.2	INFORMASJON SOM GA PASIENTER HÅP OM Å BLI FRISK.....	60
5.3	ERFARING FRA TIDLIGERE OPERASJONER - EN GOD ERFARING? .....	61
5.4	INFORMASJON SOM FORBEREDTE PASIENTENE PÅ HENDELSER I TIDLIG POSTOPERATIV FASE..	62
5.5	KUNNSKAPER OM Å IVARETA EGENAKTIVITET .....	64
5.6	KUNNSKAPER OM HÅNDTERING AV SMERTER.....	65
5.7	KUNNSKAP OM MILJØFAKTORER .....	68
5.8	INFORMASJON VED FORFLYTNINGER UNDER FORLØPET .....	70
5.9	NÅR BLE DET GITT INFORMASJON TIL PASIENTENE? .....	72
5.10	METODISKE REFLEKSJONER .....	73
5.10.1	<i>Rekruttering og datainnsamling</i> .....	73
5.10.2	<i>Datamaterialet</i> .....	75
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>77</b>
6.1	ANBEFALINGER FOR KLINISK PRAKSIS.....	78
6.2	ANBEFALINGER FOR FAGUTVIKLING OG FORSKNING .....	79
	<b>KILDELISTE</b> .....	<b>81</b>

Vedlegg 1: Søknader med svar – forskningsfelt.

Vedlegg 2: Tilråding fra Regional etisk komité (REK) og svar på endringsmelding.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Vedlegg 4: Tilråding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og personvernombud ved universitetssykehus.

Vedlegg 5: Intervjuguide.

Vedlegg 6: Instruks – sykepleier.

Figur 1: Eksempel fra datamaterialet på analysens trinn. Side 43.

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn

Det er en allmenn oppfatning at pasienter behøver informasjon ved innleggelse i sykehus for å være forberedt på undersøkelser og behandling. Pasienters evne til å oppfatte informasjon før operasjoner kan være betinget av flere faktorer. Informasjon om forberedelser til operasjon kan være avtalt med pasienten, eller gis mer tilfeldig i forbindelse med prosedyrer og gjøremål. Tidspunkt for informasjon kan være heldig eller uheldig for om pasienter greier ta inn informasjon som gis, og de kan ha ulik evne for å forstå og bearbeide informasjon. Denne studien fokuserer på informasjon om hendelser pasienter vil erfare tidlig etter operasjonen.

Shuldham (1999) viser i en litteraturoversikt til hvilken innvirkning preoperativ undervisning hadde for recovery etter kirurgi. Kategorier av resultat var liggedøgn i sykehus, medisinske komplikasjoner, lungefunksjon, smerter og psykologisk distress. I den siste kategorien innbefattes engstelse, frykt og stress. Forskeren konkluderer med at preoperativ informasjon har fordelaktig effekt både på objektive mål som liggedøgn i sykehus, og på subjektive parametre som engstelse, smerter og tilfredshet. Forskeren viser til resultater der pasienter som fikk preoperativ informasjon, hadde 3,5 døgn kortere liggedøgn enn de som ikke hadde fått dette tiltaket (ibid.). Forskeren kommenterer at alvorlighetsgrad av sykdom kan ha betydning for effekter av preoperativ informasjon, som for eksempel ved kreftdiagnoser og ved hjertesykdom (ibid.). I en metaanalyse om effekter av psyko-edukative tiltak for kirurgiske pasienter, ble 191 studier vurdert (Devine, 1992). Resultatene viste at tiltakene hadde effekt på resultat som å gjenvinne helse etter operasjonen, smerter og psykologisk distress (negativt stress) og på resultat som liggetid i sykehus (ibid.).

I en systematisk oversikt ble ni studier vurdert om effekten av intervensjonen preoperativ undervisning, hos pasienter med proteseoperasjoner i hofter og knær (McDonald, Hetrick og Green, 2004). Hensikten var å undersøke om undervisning forbedret postoperative resultat som engstelse, smerter, mobilitet, liggedøgn i sykehus og hyppighet av dyp venetrombose. Forskerne konkluderer med at det er lite bevis for å støtte bruken av preoperativ undervisning for å forbedre postoperative resultat som smerter, funksjonsevne, og liggedøgn i sykehus. En årsak mener de er at informasjon og undervisning som gis etter operasjonen, vil være med på å påvirke denne type resultater. Reduksjon av engstelse før operasjonen, fremhever forskerne som viktig på grunn av sammenhengen med smerter og mestring, som sannsynligvis påvirker pasienters funksjonsevne. Engstelse har også betydning for pasienters evne til å forstå og tilegne seg informasjon. Forskerne mener videre at undervisning og informasjon som ikke tar hensyn til pasientenes behov, ikke vil forbedre postoperative resultat (ibid.). I litteraturoversiktene dokumenteres det positive effekter av informasjon før operasjoner. Pasientene som intervjues i denne studien har kreftdiagnoser og innlegges for planlagt kirurgi.

### **1.1.1 Beskrivelse av pasientgruppen**

Pasientene som studien retter seg mot har kreftdiagnoser og er innlagt i sykehus for kirurgisk behandling. Kirurgi er den kurative behandlingen som tilbys pasienter med diagnosene kolorektal kreft, kreft i spiserør, kreft i bukspyttkjertel og leverkreft (Johnson et al., 2005; Søreide, Immervoll og Molven, 2006; Mala, Bergan, Edwin, Gladhaug og Mathisen, 2001; Mala og Løtveit, 2001). Pasientene innlegges for operasjon etter en fase med utredning, og enkelte har hatt tilleggsbehandling med cellegift og/eller strålebehandling. Tiden mellom utredning/tilleggsbehandling og innleggelse for kirurgi, kan variere etter diagnose og etter pasientens tilstand. Pasientene blir oftest innlagt i sykehus/pasienthotell dagen før operasjon, eller på fredager hvis operasjonen planlegges gjennomført på mandager. Pasientene har en liggetid i sykehus og pasienthotell på om lag to uker.

---

### **1.1.2 Preoperativ informasjon som utføres ved sengepost**

Sykepleier ved sengepost informerer pasientene om forberedelser til operasjonen, kirurg informerer om inngrepet som skal utføres, og anestesilege har samtale med pasientene om valg av narkoseform. Ifølge postens retningslinjer (som foreligger på sykehusets Intranett) informeres pasientene om at de vil bli overvåket ved Postoperativ etter operasjonen. De informeres om bruk av overvåkningsutstyr, tilstedeværelse av sykepleiere, om smerter i operasjonssår, kvalme, og om forebygging av komplikasjoner. Pasienter som skal opereres for kreft i spiserør og i bukspyttkjertel, tilbys en omvisning ved Postoperativ avdeling og det avtales tid med sykepleier fra avdelingen. Informasjon til pasienter om diagnose, behandling og oppfølging etter utskrivelse foreligger på postens Internet side, og denne informasjonen er tilgjengelig også i brosjyrer som ofte gis til pasientene.

### **1.1.3 Beskrivelse av omgivelsene ved Postoperativ avdeling**

Pasienter som skal gjennomgå større kirurgi, vil ha behov for opphold ved postoperativ eller intensivavdeling, også etter den tidlige postoperative fasen. Oppholdet kan ha en varighet på ett eller flere døgn, alt etter hvilken mental og fysisk tilstand pasienten er i etter operasjonen. En postoperativ avdeling kan ha preg av overvåkning etter kirurgi/anestesi, eller være en kombinasjon av postoperativ og intensivavdeling, som den avdelingen som beskrives her. Miljøet ved spesialavdelingene er preget av bruk av avansert medisinsk teknisk utstyr. Det er en komplisert og ressurskrevende behandling der det ofte kreves mer enn en sykepleier per pasient (Stubberud, 2005). Omgivelsene som pasientene befinner seg i, er åpne rom med plass til tre til seks pasienter. Det er høy aktivitet med innleggelse og flytting av pasienter som er operert elektivt eller akutt, og observasjon av pasienter som er skadet/operert etter ulykker. Det er høy sykepleierbemanning ved avdelingen, og hver sykepleier kan ha ansvar for en til to pasienter alt etter graden av pleietyngde. Under oppholdet vil pasientene være tilkopledd overvåkningsutstyr, infusjonsslanger til pumper som styrer infusjoner og medikamenter, ha innlagt katetre, dren og sonder.

Enkelte pasienter kan være tilkoblet respirator ved ankomst avdelingen etter kirurgi eller skade. I de første timene etter operasjonen får pasienten stabilisert vitale funksjoner og optimalisert smertebehandlingen. Det er en fokusering på forebygging av respiratoriske og sirkulatoriske komplikasjoner, og det er mange aktiviteter som pasienten må ta del i og beherske. Det er nødvendig å balansere aktivitetene med pasientens behov for søvn og hvile i løpet av døgnet.

#### **1.1.4 Problemstilling**

Studiens problemstilling er: Hvilke erfaringer har pasienter med preoperativ informasjon om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling.

#### **1.1.5 Pasienterfaringer som grunnlag for utvikling av kunnskap**

Myndighetene gir føringer i lovverk om at helsepersonell har plikt til å basere sin virksomhet på forskningsbasert kunnskap, og til å utvikle ny kunnskap for å bedre kvalitet på tjenestene (NOU 2:1997; St.meld. 26:1999). I en studie om pasienterfaringer i norske sykehus, vises det til at pasienter er blitt mer tilfredse med områder som kommunikasjon med helsepersonell, informasjon ved utskrivelse fra sykehus og ivaretagelse av pårørende (Pettersen, Hofoss og Sjetne, 2003). Pasienters tilfredshet med informasjon om undersøkelser og om legemidler viser seg å være uendret (ibid.). Resultater fra en tilsvarende studie om pasienters erfaringer med opphold i sykehus, viser at pasientene i stor grad har positive erfaringer (Oltedal, Garratt og Helgeland, 2007). Det er organisering av sykehusenes arbeid og informasjon om prøver og undersøkelser som får laveste skåre i denne undersøkelsen. Resultater fra studien viser også til at pasienter som har dårlig erfaring med smertebehandling, venting og feilbehandling, også er mindre fornøye med andre forhold ved sykehusoppholdet (ibid.). Det er større krav til åpenhet og økende interesse for forskning i befolkningen (NOU 1:2005; NOU 3:2005). Det medfører at helsepersonell bør formidle den kunnskapen en besitter til pasientene.

---

### 1.1.6 Litteratursøk

Det ble brukt flere kombinasjoner av søkeord for å få finne frem til studier som omhandlet effekter av preoperativ informasjon. For å finne studier som hadde fokus på tidlig postoperativ fase, ble det også søkt på erfaring med intensivopphold. Litteratursøk på "preoperative information" resulterte i over 6000 treff i Pubmed, og kombinasjonen "and postoperative care" ga over 800 treff. Det ble søkt i databasene Cinahl, Medline via Ovid, i Swemed+, Pubmed, og i Joanna Briggs Institute via Google, og referanselistene til relevante artikler ble gjennomgått. Søkeordene som ble brukt var "preoperative information and postoperative care", "preoperative education and surgery", "preoperative information and intensive care", "patient experiences and postoperative care", "patient experiences and intensive care". Under arbeidet med analyse av datamaterialet, fremkom det data som genererte nye søk. Under disse søkene kom det frem nyere relevante studier om preoperativ informasjon og erfaringer fra intensivopphold.

### 1.1.7 Kunnskap om preoperativ informasjon

Informasjon før operasjoner ble allerede på slutten av 50-tallet gjort til gjenstand for sykepleieforskning. Den amerikanske forskeren Rhetaugh G. Dumas gjennomførte en randomisert kontrollert studie der hun målte effekten av sykepleietiltak på hyppigheten av postoperativ kvalme hos gynekologiske pasienter (Dumas og Leonard, 1963). Hypotesene som lå til grunn for studien var at pasientens følelsesmessige reaksjon på sykdom og behandling hadde betydning for postoperativt forløp, og at å redusere emosjonelt stress er en del av sykepleierens rolle. Pasientene i eksperimentgruppen fikk spesiell sykepleie for kartlegging og reduksjon av engstelse før operasjonen, og kontrollgruppen fikk generell pleie som hovedsakelig besto av fysisk pleie. Resultatene viste en betydelig lavere forekomst av brekninger hos pasientene i eksperimentgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dumas og Leonard mente at sykepleiere kan bidra til å redusere pasientenes ubehag etter operasjoner, og dermed til raskere helbred og utskrivelse fra sykehus (ibid.).

Litteraturoversikter og primærstudier viser at preoperativ informasjon gir positive resultater både for pasientene og sett ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Men det er også grunnlag for forbedringer både av innhold og metoder (Devine, 1992; Fagermoen og Hamilton, 2002; Hathaway, 1986; Johansson et al., 2003; Lithner og Zilling, 2000; McDonald et al., 2004; Mills og Sullivan, 2000; Shuldham, 1999; Stern og Lockwood, 2005; Walker, 2002). Samtaler med helsepersonell fra det perioperative forløpet har vist seg å ha betydning for pasienter når de skal forberedes til operasjon (Hughes, 2002; Watts og Brooks, 1997; Wong og Arthur, 2000; Zetterlund, 2000).

Det er både eldre og nyere litteraturoversikter som dokumenterer at preoperativ informasjon har betydning for postoperative resultat. I en systematisk oversikt ble 68 studier vurdert, og fokus var effekten av preoperativ instruksjon på postoperative resultat (Hathaway, 1986). Resultatene viste at pasienter som fikk en eller annen form for preoperativ instruksjon, hadde bedre resultater enn de som ikke fikk noen form for instruksjon (ibid.). Stern og Lockwood (2005) gjennomførte en systematisk oversikt der hensikten var å finne bevisførsel for om pasienter fikk økt kunnskap etter preoperativ informasjon, og om de greide å utføre aktiviteter på en foreskrevet måte. Forskerne viser til at mange studier har evaluert effekten av preoperativ informasjon på resultat som angst og tilfredshet. De mener at det er lite forskning av høy kvalitet som vurderer effekten av om denne type informasjon fører til at pasienter får økt kunnskap, og om de har evnen til å utføre aktiviteter som øvelser (ibid.).

### **1.1.8 Kunnskap om pasienterfaringer fra intensivopphold**

Pasienter har varierende grad av hukommelse for hendelser fra intensivopphold, og beskriver både negative og positive opplevelser (Høghaug og Fagermoen, 2007; Jones, Griffiths, Humphris og Skirrow, 2001; Roberts, Rickard, Rajbhandari og Reynolds, 2007; Stein-Parbury og McKinley, 2000; Storli, Asplund, Heggen, Bengtsson og Engelsrud, 2004). Erfaringer fra overvåkning og intensivavdeling etter operasjoner, viser til lignende opplevelser som pasienter har etter intensivopphold



---

(Barrio, Lacunza, Armendariz, Margall og Asiain, 2004; Olsen, Nielsen og Lærkner, 2006). Stein-Parbury og McKinley (2000) gjennomførte en litteraturstudie, der temaet var pasientopplevelser fra intensivavdelinger. Resultatene viste at pasienter opplever grader av svekket kognitiv funksjon, søvnproblemer, ubehag forbundet med utstyr for overvåkning, tørste og problemer med kommunikasjon ved intubering. Opplevelse av smerter viste seg å forekomme hos pasienter i de fleste studiene. Pasientene hadde også positive opplevelser fra oppholdet, både knyttet til omsorg, personalets kompetanse og til miljøet (ibid). Studier viser også at pasienter og sykepleiere har noe ulik oppfattelse av hvilke faktorer som er mest stressende i intensivmiljøet (Cornock, 1998; Wong og Arthur, 2000).

### 1.1.9 Begrepsavklaring

I studier med tema preoperativ informasjon, benyttes både begrepene informasjon og undervisning. Granum (2003) skiller på innholdet i begrepene. *Pasientinformasjon* kan forstås som formidling av kunnskap om viktige forhold for eksempel symptomer på sykdom, orientering før et inngrep (ibid.). *Pasientundervisning* betegnes i større grad for en sosial pedagogisk prosess for å nå mål satt opp av sykepleier og pasient. Informasjon og undervisning krever en interaksjon og diskusjon mellom sykepleier og pasient. Metoder for informasjon og undervisning kan være dialog, med eller uten demonstrasjon, individuelt eller i grupper (ibid.). I denne studien anvendes begrepet informasjon for det som pasienter får vite før en stor operasjon. Det er også dette begrepet som ble benyttet under intervjuene. Formålet med informasjonen vil imidlertid være bestemmende for om kunnskapsformidling bør bære preg av undervisning heller enn informasjon/orientering, for eksempel ved instruksjon i puste- og hosteøvelser.

*Hendelser* vil i denne studien forstås som det pasienter erfarer, opplever, og kan være relatert rent fysisk til kroppen, noe de sanser, eller noe som er knyttet til miljøet som omgir dem. Eksempler på hendelser er smerter og smertelindring, støy, egenaktivitet.

Det er de første timene etter at pasientene har våknet etter operasjon, at de får den første erfaringen med denne type hendelser.

I undersøkelser omtales de som intervjues enten som *informanter*, *respondenter* eller som *pasienter*. I metodelitteratur skilles det på informant og respondent, og at begrepene brukes i henholdsvis intervju og survey (Polit og Beck, 2004), mens Kvale (2001) anvender intervju-person om de som intervjues. I denne studien er det valgt å bruke pasient for å henvise til de som er intervjuet, og til informant eller respondent når det henvises til litteratur som anvender disse begrepene.

### **1.1.10 Avgrensning**

Fokus i denne studien er informasjon om hendelser i den tidlige postoperative fasen hos pasienter som er innlagt til kirurgisk behandling for kreft. *Postoperativ fase* kan defineres som tidlig, intermediær og sen fase (Allvin, Berg, Idvall og Nilsson, 2007). Den tidlige postoperative fasen (recovery) varer fra avslutning av anestesi til pasienten har fått tilbake normale reflekser. Den intermediære fasen varer fra pasienten har fått stabilisert sine vitale funksjoner til han er klar til utskrivelse. Den siste fasen varer fra utskrivelse til pasienten når den tilstand og det velvære han hadde før operasjonen. Inndeling av fasene har, i følge forfatterne sitt utgangspunkt i dagkirurgi, men kan anvendes også for pasienter innlagt i sykehus (ibid.). Det er den tidlige og dels den intermediære fasen som det fokuseres på i denne studien. Beskrivelse av litteratur om mestring av stressfremkallende hendelser, relateres til informasjon som grunnlag for forutsigbarhet og mestring, og ikke til stress - og mestringsteorier generelt.

### **1.1.11 Besvarelsens oppbygning**

I dette kapitlet redegjøres det for bakgrunnen for det empiriske arbeidet som denne besvarelsen bygger på. I kapittel 2 presenteres i hovedsak litteratur som kunnskap om preoperativ informasjon, og om pasienterfaringer etter operasjoner og fra intensivopphold. Litteraturen er valgt fra kilder som litteraturoversikter, primærstudier, orienterende artikler og kapitler i bøker. I kapittel 3 blir det redegjort

---

for metoden som er valgt som best egnet for å belyse problemstillingen. Det blir beskrevet prosedyre for inklusjon av pasienter og for datainnsamling, og etiske overveielser ved valgte metode. Det redegjøres for en kvalitetsvurdering av data og for analyseprosessen, i tillegg til metodiske avveininger. I kapittel 4 beskrives først erfaringer fra intervjuene, og refleksjon over gjennomføringen. Deretter presenteres bakgrunnsdata, kategorier fra analysen av data, og sammenfatninger av funn samt sitat fra datamaterialet. I kapittel 5 diskuteres funn fra studien og sammenholdes med relevant litteratur, for å belyse studiens problemstilling. Besvarelsen avsluttes med en konklusjon, og anbefalinger for klinisk praksis og for fagutvikling/forskning.

### **1.1.12 Hensikt**

Hensikten med studien er å beskrive pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Det er mye kunnskap om positive effekter av preoperativ informasjon, men lite om pasienters erfaringer med informasjon om hendelser i tidlig postoperativ fase. Denne studiens funn kan bidra til økt kunnskap om preoperativ informasjon, og kunnskapen kan anvendes når pasienter forberedes til operasjoner. Det er vanlig praksis ved sengepostene at kirurger og sykepleiere har hovedansvar for forberedelse av pasienter til operasjonen. Personell innen fagområdene anestesi og operasjon, forbereder og informerer pasientene når de ankommer operasjonsavdelingen.

Spørsmål som ønskes belyst er:

1. Hvilken informasjon fikk pasientene om hendelser de kom til å oppleve når de våknet etter operasjonen?
2. Hvilke erfaringer hadde de fra oppholdet ved Postoperativ avdeling?
3. Hvilken informasjon hjalp pasientene til å utføre øvelser og i å ivareta egenaktivitet tidlig postoperativt?
4. Når mottok pasientene informasjon og hvem var kilder for informasjon?

## **2. LITTERATURGJENNOMGANG**

### **2.1 Informasjon som grunnlag for forutsigbarhet og mestring**

Det er et skille mellom hva pasienter har krav på av informasjon for å kunne ha selvbestemmelse, og hva de bør ha informasjon om for å være forberedt og oppleve å ha kontroll før kirurgiske inngrep. Både før og etter sykehusinnleggelsen, trenger pasienten å tilføres informasjon for å være forberedt og for å kunne oppleve forutsigbarhet. Behov for informasjon er nødvendig å dekke for at pasienter skal kunne ivareta egenomsorg i en pre- og postoperativ fase. I følge sykepleieteoretikeren Dorothea E. Orem (1985), er egenomsorgsbegrensning et av tre sentrale begrep i teorien om egenomsorg. Begrensningen sier noe om personens egenomsorgskapasitet i forhold til vedkommendes egenomsorgskrav. Orem identifiserer tre typer begrensninger; begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser, begrensning i evnen til å utføre resultatproduserende handlinger (ibid.).

#### **2.1.1 Mestring av hendelser**

Psykologene Lazarus og Folkman (1984) beskriver prosess for mestring av stressfremkallende hendelser. Kognitiv vurdering som grunnlag for mestring av en hendelse vil variere fra person til person. Den enkeltes subjektive forståelse for og mening med en situasjon, vil ha betydning for om situasjonen oppfattes som farlig eller ikke. De beskriver en kognitiv vurderingsprosess, der en først gjør en primærvurdering av en hendelse som kan betraktes som ufarlig eller som stressframkallende. Det kan være hendelser som oppfattes som et tap, en trussel, eller en utfordring. I den sekundære vurderingen gjøres en omfattende evalueringsprosess der ulike mestringsmuligheter vurderes, hvor sannsynlig det er at en vil lykkes, og hvordan de skal gjennomføres. Hvis pasienten føler seg maktesløs og ikke opplever å ha kontroll, vil pasienten få et høyt stressnivå. En tredje vurdering går ut på å endre

på sekundærvurderingen fordi en selv har gjort vellykkete tiltak for å mestre, eller en kan ha fått tilført informasjon eller hjelp for å mestre bedre (ibid.). En persons mestringsevne vil i stor grad avhenge av hvilke ressurser han har, som kan være energi, tro på seg selv og egne muligheter for problemløsning (ibid.). En problemfokuset strategi er knyttet til den konteksten personen er en del av, mens en emosjonelt fokusert strategi vil være nærmere knyttet til personlige trekk (ibid.). Lazarus (1999) viser til eksempler på problembasert mestring som evnen til å søke etter mulige behandlingsalternativer når en person har fått en kreftdiagnose. En emosjonelt basert mestring er mer anvendbar hvis personen skal forberedes til operasjon for kreft. Mestring kan innebære at personen greier å ta inn den faktiske situasjonen eller han kan distansere seg. En revurdering av en trussel som en kreftdiagnose er, kan føre til redusert stress etter en operasjon der det viser seg at det ikke er spredning av kreften. Revurdering er en effektiv form for mestring (ibid.). Lazarus (ibid.) understreker at problemfokuset og emosjonelt fokusert mestring ikke kan ses som strengt atskilte strategier, det vil oftest være en kombinasjon av strategier når en person opplever en trussel eller et tap. Det er balansen mellom tanke, handling og miljøet en er en del av, som er avgjørende for om mestringen er virkningsfull (ibid.).

Sosiologen Bandura (1997) beskriver teori om mestringsforventninger (self-efficacy). Bandura differensierte mellom to komponenter i teorien; forventninger om mestring (self-efficacy expectations) og forventninger om resultat (outcome expectations). Forventning om å mestre er kontekstspesifikk og basert på fire informasjonskilder: tidligere erfaring (med å mestre på samme måte), vikarierende erfaring (dvs. å ha sett andre som det er naturlig å sammenligne seg med, rollemodeller), verbal overbevisning (støtte og oppmuntring fra andre, det er ikke bare egne erfaringer som teller), emosjonelle forhold (knyttet til handlingen, resultatet, personens tolkning av egne prestasjoner) (ibid.).

Polit og Beck (2004) viser til at teorien til Lazarus og Folkman, baserer seg på at mestringsstrategier er lært, og at en overveier reaksjoner for å tilpasse seg stressende

hendelser eller å endre dem. Bandura's teori fokuserer på endring i personers adferd i spesifikke situasjoner, og har vært anvendt i studier som for eksempel ved vektproblemer og ved håndtering av kronisk sykdom (ibid.). Teoriene til Lazarus/Folkman og Bandura er to måter å se mestring på. Tilgang på informasjon er ikke det mest sentrale i teoriene, men de belyser at informasjon er viktig for forutsigbarhet og dermed evnen til mestring.

### **2.1.2 Informasjon som rettighet**

Det har i de siste tiårene blitt kortere liggetid for pasienter i sykehus, og helsepersonell har mindre tid til rådighet til å forberede pasienter til undersøkelser og operative inngrep. Lov gir føringer for hva sykehus skal befatte seg med, og Lov om spesialisthelsetjenesten (2001) viser til at sykehusene skal ivareta pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Lov gir også føringer for helsepersonells plikt til å informere pasienter (Lov om helsepersonell, 2001), og for pasienters rett til å få tilført informasjon (Lov om pasientrettigheter, 2001). Det slås fast i pasientrettighetsloven at pasienten har rett til medvirkning i gjennomføring av helsehjelp, og rett til informasjon om innhold i helsehjelpen. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (1983, 2007, s. 7) er det nedfelt i punkt 1.2 at: "Sykepleieren fremmer pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått". Retningslinjene bygger på ICN's etiske regler (1953, 2001), der ansvarsområdene for sykepleieutøvelse er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, og å lindre lidelse. Etiske prinsipper som selvbestemmelse og respekt for pasientens ønsker og behov, er grunnleggende i sykepleieutøvelsen (Slettebø og Nortvedt, 2006).

### **2.1.3 Følelser knyttet til sykdomsopplevelsen**

Lazarus (1999) beskriver lettelse og håp som sinnstilstander eller følelser som utgår fra ugunstige livsomstendigheter. Lettelsen oppstår når en situasjon snur seg til noe

bedre enn en hadde fryktet. Lazarus (ibid.) har i tidligere arbeider definert håpets relasjonelle kjernetema som det å frykte det verste, men samtidig lengte etter noe bedre. For eksempel kan en føle lettelse ved at en mistanke om kreft blir avkreftet, og håpe på helbredelse hvis kirurgisk behandling er et alternativ. Håpet utløses av truende og uavklarte omstendigheter, og det er fremtidsrettet. Lazarus (ibid.) redegjør videre for eksistensielle følelser som angst og frykt som er sentrert rundt personenes sikkerhet, plass i verden og til spørsmålet om liv og død. Han hevder at begrepene er tett knyttet til hverandre, men at det også er forskjeller mellom dem. Angsten beskriver han som synonymt med engstelse, ubehag og bekymring for noe, mens frykten relateres til en mer konkret fysisk fare. En livstruende sykdom som kreft vil være knyttet til angst men kan også oppleves som en konkret fare (ibid.).

#### **2.1.4 Informasjonsbehov hos pasienter med kreftdiagnoser**

Informasjon har vist seg å redusere usikkerhet og angst hos pasienter med kreft, og kan føre til at pasientene bedre mestrer situasjonen (Andreassen, Randers, Näslund, Stockeld og Mattiasson, 2006). Forfatterne viser til studier der pasienter som har fått kreftdiagnoser, opplever frykt og usikkerhet både i forhold til det at en ikke er frisk, til spørsmål som vedrører liv og død (ibid.). Pasienter med kreftdiagnoser skårer høyt ved måling av depresjon (Bottomly, 1998). Det er holdepunkter for at individuell informasjon om kreftdiagnosen fører til økt opplevelse av kontroll og at det kan redusere pasienters depresjon. Informasjon i gruppe kan være fordelaktig for at pasienter ikke skal føle seg alene eller isolert, og at de skal kunne dele tanker og følelser. Gruppeintervensjon anbefales brukt til pasienter som har samme diagnose (ibid.).

#### **2.1.5 Informasjon og undervisning for mestring av hendelser under sykehusopphold**

Veiledning og undervisning bidrar til at pasienter får økt kunnskap om situasjoner de befinner seg i (Fagermoen, 2001). Pasienters læringsbehov kan være knyttet opp mot situasjoner de vil oppleve under sykehusopphold eller ved varige endringer i

livssituasjonen etter kirurgi (ibid.). Kortsiktige læringsbehov vil gjøre seg gjeldende ved behov for kunnskap om undersøkelser og behandling, og forhold som har med sykdommen å gjøre (ibid.). Pasienter har forskjellige informasjonsbehov ved undersøkelser og behandling, både innenfor ulike pasientgrupper og hos hver enkelt pasient som har samme diagnose. Pasienter har behov for å ha kontroll med det som skjer med dem og rundt dem, og nye og ukjente situasjoner kan medføre at pasienter opplever utrygghet. Usikkerhet fører til engstelse hvis det er mangel på informasjon som er årsaken til usikkerheten (ibid.). Pasienter som har gjennomgått store operasjoner kan i en periode ikke ivareta sine egne behov (Kjøllesdal og Moesmand, 2004). Sykepleieren må i stor grad kompensere for det pasienten ikke greier å ivareta selv, og pasienten trenger hjelp til å mestre hendelser som han vil oppleve (ibid.).

Litteraturen som er presentert i kapittel 2.1 viser at informasjon er en rettighet for pasienter, og at pasienter har et behov for viten som kan redusere utrygghet og engstelse når de innlegges for operasjoner.

## 2.2 Innhold, form og kilder for informasjon

Hensikten med preoperativ informasjon er at pasienten skal ha kunnskap om forberedelser og om forholdsregler før operasjon og narkose, og om hva en kan forvente seg etter operasjonen. Fagermoen (2001) anbefaler at undervisningen bør inneholde både faktisk informasjon om det som skal skje, forventede opplevelser og kroppslige reaksjoner, og hvordan pasienten kan mestre de hendelser som erfares.

### 2.2.1 Informasjon om postoperativt forløp

Mills og Sullivan (2000) intervjuet sju pasienter om deres erfaringer med informasjon før operasjon for kreft i spiserøret. Funn fra studien viste at kilder for informasjon i hovedsak var kirurg, men også sykepleier, fysioterapeut og medpasienter. Pasientene uttalte seg positivt om kirurgens informasjon, mens de var mindre fornøyde med sykepleiernes informasjon. Pasientene fikk informasjon om behandlingsregimer,



---

bivirkninger, prognose, sannsynligheten for helbredelse, og om egenomsorg. De fleste pasientene fikk detaljert informasjon om tekniske aspekter ved operasjonen både før og etter operasjonen. Det var muntlig informasjon som var mest vanlig (ibid.). Lithner og Zilling (2000) spurte pasienter om deres behov for pre- og postoperativ informasjon ved åpen galleveiskirurgi. Det var 50 pasienter som ble inkludert i studien, og som fikk spørreskjema både ved innleggelse og ved utskrivelse fra sykehuset. Resultatene viste at pasientene ønsket mye informasjon både før operasjonen og før utskrivelse. Den informasjonen som var mest etterspurt, var relatert til angstskapende faktorer som smerter og postoperative symptomer. En tredjedel av pasientene ønsket både skriftlig og muntlig informasjon (ibid.).

Disse studienes fokus var rettet mot det postoperative forløpet generelt og ikke spesielt mot oppholdet ved Postoperativ eller Intensiv avdeling.

Blay og Donoghue (2006) intervjuet pasienter før innleggelse i sykehus, om kilder for og innhold i informasjon. Det var 100 pasienter inkludert i studien, og som skulle innlegges for laparoskopisk galleveiskirurgi. Resultatene viste at sykepleier ga mest informasjon som var relatert til kirurgi og forløp i sykehus, og mindre om hva pasientene kunne forvente seg etter operasjon og om deres evne til egenomsorg. Det var lege som var kilde for det meste av informasjonen som ble gitt, og skriftlig informasjon var en viktig kilde (ibid.). Blay og Donoghue (2005) gjennomførte en studie der 93 pasienter deltok. Hensikten var å søke svar på om undervisning før innleggelse ville påvirke pasientenes smertenivå etter operasjonen, deres egenomsorgskapasitet etter utskrivelse og hukommelse for informasjon. Pasientene var innlagt for laparoskopisk fjerning av galleblære (LC), og ble tilfeldig fordelt i to grupper. Kontrollgruppen fikk et standard utdanningsprogram, og intervensjonsgruppen fikk et individualisert utdanningsprogram. Pasientene ble spurt før innleggelsen om kunnskaper om LC og håndtering av sykdommen etter operasjon. Resultatene viste at pasientene i intervensjonsgruppen erfarte lavere smertenivå, og hadde betydelig høyere hukommelse for den informasjonen som var

gitt. Forskerne konkluderer med at tiltaket økte pasientenes kunnskap om egenomsorg og håndtering av komplikasjoner (ibid.).

Pasientene som deltok i disse studiene, hadde gjennomgått kirurgi i galleveier, og kan ha andre behov for informasjon enn pasienter med kreftdiagnoser.

Johansson et al. (2003) gjennomførte en studie der de undersøkte hvordan 754 pasienter mottok og evaluerte undervisningen de fikk før og under sykehusoppholdet. De fleste pasientene hadde vært innlagt for elektiv kirurgi. Et av temaene som ble belyst i studien, var hvordan pasienter rangerte innhold, metoder, tid og sted for informasjon. Resultatene viste at det meste av informasjonen ble utført ved personlig fremmøte og besto av skriftlig informasjon. Pasienter som var innlagt ved sengeposter mottok ofte undervisning i form av demonstrasjon eller praksisundervisning. Undervisningen ble i hovedsak gjennomført under sykehusoppholdet, og oftest i rom med to eller flere pasienter (ibid.). Denne studiens resultater ga et grunnlag for kvalitetsforbedringer i sykehusavdelingene.

Kvalvaag og Blystad (2004) gjennomførte en studie der åtte pasienter ble intervjuet om deres opplevelse av informasjon i forbindelse med planlagte operasjoner. Det var pasienter med og uten kreftdiagnoser i utvalget. Funn fra studien viste at pasientene hadde preoperative samtaler om inngrepet med kirurg, om postoperative øvelser og aktivitet med fysioterapeut, og om aktiviteter og forhold på operasjonsavdelingen med operasjonssykepleier. Sykepleier ved sengeposten informerte om avdelingens rutiner og forberedelser til operasjon. Informasjon postoperativt ble gitt mer tilfeldig av sykepleiere og leger. Pasientene opplevde at informasjon ga dem trygghet, og at de var forberedt på det de skulle gjennomgå. Noen pasienter ønsket informasjon om smerter og ubehag, men ikke om alt som kunne være ubehagelig. Andre etterlyste informasjon om komplikasjoner som kunne ramme dem. De savnet informasjon om postoperative reaksjoner og symptomer, og informasjon som forberedte dem på utskrivelsen (ibid.). Studien viste at pasienter fikk preoperativ informasjon fra flere profesjoner om det de kunne forvente seg i det perioperative forløpet, og etter operasjonen.

Tilfredshet med postoperativ smertebehandling, var tema for en studie der 102 pasienter deltok, innlagt for ortopedisk- og kar kirurgi (Niemi-Murola et al., 2007). Hensikten var å undersøke hvilke preoperative faktorer som hadde betydning for tilfredshet. Det var også 74 sykepleiere som ble spurt om holdninger til postoperativ smertebehandling (behandling, måling og vurdering av smerter). Smerter var vurdert ved hjelp av VAS, og medikamenter for smertelindring ble registrert. Det var 75.5% av pasientene og 86.3% av sykepleierne som returnerte spørreskjemaet. Ved dette sykehuset var det vanlig at pasienter fikk en preoperativ visitt av kirurg, anestesilege, og sykepleier fra sengeposten 2-3 dager før operasjonen. Pasientene fikk blant annet informasjon vedrørende valg av anestesi, om smertebehandling og måling av smerter med VAS. Sykehuset hadde også en tjeneste der sykepleiere hadde spesielt ansvar for smertebehandling (acute pain service), og som veiledet ved sengepostene. Det var 24% av pasientene som hadde ubehagelige erfaringer etter tidligere operasjoner. Nesten 40% av pasientene opplevde sterke smerter (vurdert som VAS>4 i denne studien) under den første natten etter operasjonen. Det var ikke samsvar mellom pasientenes smerteerfaring og den smerteskåre som ble dokumentert av sykepleierne. Gjennomsnittlig VAS for pasienter ved avdelingene var på 2 i de første 24 timene etter operasjonen. Det var 80 % av pasientene som svarte at de var tilfredse med smertehandlingen, og tilfredshet samsvarte med motatt preoperativ informasjon og velvære. Forskerne anbefaler preoperative intervju som et viktig verktøy for å motta og gi informasjon vedrørende postoperativ smertebehandling (ibid.). Studien viser at preoperativ informasjon om smertebehandling er viktig for pasienter når de skal opereres.

### **2.2.2 Informasjon om hendelser under opphold ved Postoperativ/Intensiv avdeling**

Watts og Brooks (1997) spurte 43 pasienter om deres oppfatning av preoperativ informasjon om hendelser de ville erfare under oppholdet ved Intensivavdelingen etter operasjonen. Hensikten var å få frem hva pasienter ønsket informasjon om, og på hvilken måte de mente at informasjonen burde presenteres for å være til nytte.

Pasientene var innlagt i sykehus for planlagt kirurgi for kreft i spiserør, gastro-intestinal kirurgi, kjeve-, toraks- og kar kirurgi, og de ble intervjuet i opptil et år etter utskrivelse fra sykehus. De hadde oppholdt seg ved Intensivavdelingen mellom 12 og 72 timer, og noen hadde vært respiratorbehandlet. Resultatene viste at pasientene vurderte høyt verdien av informasjon om smerter og smertelindring, behandling av kvalme, og at det var høy bemanning av sykepleiere ved avdelingen. De hadde også ønsket informasjon om at de hadde innlagt urinkateter, og at slanger og dren ville være begrensende for aktivitet i den tidlige postoperative fasen (ibid.).

Respondentene i denne studien ble bedt om å vurdere verdien av ulike metoder for informasjon, og det var besøk av sykepleier fra Intensivavdelingen som var mest populær sammen med omvisning ved avdelingen og skriftlig informasjon.

Respondentene ble også bedt om oppgi grunner for hvorfor de ikke ønsket de nevnte metodene. Grunner til at de ikke mente besøk ved Intensiv ville være nyttig var flere. Det var 11 respondenter som mente at annen form for informasjon ville være tilstrekkelig, åtte mente at omvisning ville gjøre mer skade enn nytte, og fem mente at det ville gjøre dem redde. Forskerne mente at besøk av sykepleier fra Intensiv var den metoden som ga størst rom for å møte individuelle behov for informasjon, og at respondentene hadde tillit til personalets kompetanse. Det konkluderes med at pasienter bør tilbys en form for informasjon om hendelser de kommer til å erfare tidlig etter operasjonen (ibid.).

Wong og Arthur (2000) intervjuet 10 pasienter om deres erfaringer under intensivoppholdet. Forskerne intervjuet også 10 sykepleiere fra intensivavdelingen. Pasientene var innlagt for elektiv kirurgi for kreft i spiserør, gastro-intestinalt og i nyre. Det var seks av pasientene som var operert for kreft i spiserør, og alle disse hadde hatt en preoperativ visitt og omvisning ved intensivavdelingen. De fikk generell informasjon om avdelingen, informasjon om postoperative tiltak, og pasientene fikk tilbud om en omvisning. De fire andre pasientene fikk informasjon om at de ville få et opphold ved intensivavdelingen etter operasjon. Resultatene viste at de sistnevnte fire pasientene ble engstelige fordi de var innlagt ved intensivavdelingen etter operasjonen, men opplevde oppholdet som positivt og trygt.

De som fikk en visitt og omvisning uttrykte at de ikke ble engstelige av omgivelsene, men at de følte seg trygge fordi det var tilstedeværelse av mange leger og sykepleiere, og at det fantes utstyr og monitorer som overvåket dem. Sykepleierne mente at pasientene opplevde støtte i preoperativ visitt av sykepleier fra intensivavdelingen, og at de fikk orientering og forklaring om hendelser under oppholdet (ibid.).

Informasjon om postoperativ mobilisering var tema i en studie, der 52 pasienter ble fordelt i en kontrollgruppe og i en eksperimentgruppe (Letterstål, Sandstrøm, Olofsson og Forsberg, 2004). Hensikten var å evaluere effekten av skriftlig informasjon i forhold til pasienters psykiske og fysiske velvære i tidlig postoperativ fase, etter elektive operasjoner for abdominalt aortaaneurysme. Psykisk velvære innebar blant annet variablene glad-trist, håp-uten håp, avslappet-anspent. Fysisk velvære inkluderte mobilisering, søvn, appetitt, grad av kvalme, tarmfunksjon. Eksperimentgruppen fikk skriftlig sensorisk og prosedyremessig informasjon om kirurgisk behandling og postoperative tema. Begge gruppene fikk muntlig informasjon som rutinemessig ble gitt til denne pasientgruppen. Resultatene viste at pasientene som fikk skriftlig informasjon skåret høyt på psykisk velvære både før og etter operasjon. Resultatene var like for gruppene når det gjaldt fysisk velvære. Flesteparten av pasientene hadde kommet seg i aktivitet innen tre dager etter operasjonen. Pasienter i begge gruppene, rapporterte om søvnproblemer under intensivoppholdet som ble forklart med smerter i operasjonssåret. Pasientene som hadde lengst opphold ved intensivavdelingen, hadde også dårligst psykisk velvære. Forskerne diskuterer mulige årsaker og forklaringer til resultatene fra studien. Det var få pasienter med i studien, og resultatene kan være påvirket av tilfeldigheter. De forklarer også resultatene ut fra at pasientgruppen ofte ikke har symptomer på sykdommen, og at det er kort tid mellom diagnose og innleggelse for stor kirurgi. Pasientene hadde ikke mulighet til å diskutere den skriftlige informasjonen de fikk. Det mener forskerne kunne påvirke pasientene på en negativ måte (ibid.). Resultatene fra denne studien viser at pasienter kan bli mer engstelige av informasjon, og at resultater må ses i sammenheng med metodiske aspekter.

Studiene som er omtalt i kapittel 2.2 fokuserer på informasjon om hva pasienter kan forvente seg i det postoperative forløpet. Pasienter ønsker informasjon om håndtering av smerter og om symptomer de kan forvente seg etter operasjonen, og diagnosen er i denne sammenhengen mindre viktig. Pasienter kan ha nytte av informasjon fra helsepersonell fra det perioperative forløpet. Sykepleiere fra Postoperativ og Intensivavdeling kan tilføre pasienter nyttig kunnskap om tidlig postoperativ fase.

## 2.3 Oppfattelse av informasjon

Pasienter har ulike informasjonsbehov og det er forskjeller i hvordan pasienter greier å oppfatte informasjon før operasjoner (Fagermoen, 2001). Barrierer for tilegnelse av informasjon, kan være utmattelse på grunn av kreftdiagnosen og engstelse for selve operasjonen og hva som kan forventes etterpå (ibid.).

### 2.3.1 Pasienters motivasjon for læring

Et kriterium for god læring er at den oppleves som relevant og meningsfull av pasienten (Christensen og Jensen, 2002). Forutsetninger for læring innebærer både fysiske, psykiske og sosiale ressurser som har stor betydning for om pasienten klarer å lære noe nytt. Disse forutsetningene kan endres og har sammenheng med pasientens livssituasjon og læringsmiljø. Valg av innhold, metoder og strategi for undervisning, må ta hensyn til pasientens behov og evne til læring (ibid.). En type forutsetning for læring kan knyttes til alder, kjønn og utdanning. Forutsetninger kan også være betinget av begrensninger i pasientenes situasjon, for eksempel kan de være plaget av smerter, kvalme, tretthet, depresjon eller ha problemer med sansene som hørsel og syn (ibid.). Ved stress og angst kan pasientens evne til sansning og oppfattelsesevne være nedsatt. Fysiske belastninger som skader og store operative inngrep, kan medføre at pasienten er utmattet og ikke er i stand til å lære noe nytt. Pasienters motivasjon for å lære kan være basert på vekst eller angst. Angst kan være knyttet til sykdommen eller nye ferdigheter som skal læres. Undervisning kan hjelpe pasienten

---

til å tilegne seg handlingskompetanse i forhold til sykdommen og tilføre kunnskap for at han skal klare å foreta valg (ibid.).

### **2.3.2 Preoperativ engstelse**

Det er flere faktorer som kan disponere for preoperativ engstelse. Yngre pasienter viser seg å være mer engstelige enn eldre, og tidligere erfaring fra operasjoner og høy utdanning fører til mindre engstelse (Caumo et al., 2001; Hughes, 2002; Jakobsen og Fagermoen, 2005; Mitchell, 2000; Walker, 2002). Caumo et al. (2001) gjennomførte studie der hensikten var å identifisere og tallfeste risikofaktorer for preoperativ engstelse, hos 592 pasienter som var innlagt for elektiv kirurgi. Resultatene viste at noen av faktorene som disponerte for høy grad av engstelse, var at pasienter hadde hatt kreft, røyking, høy morbiditet, psykiatriske lidelser, smerter, at de var kvinner, og at de hadde mindre enn 12 års utdanning. Gjennomgått tidligere kirurgi viste seg å redusere risikoen for engstelse før operasjonen (ibid.). Studien viser til at pasienters grad av engstelse før operasjoner, er betinget av flere årsaker.

### **2.3.3 Tilnærming til pasienters informasjonsbehov**

Fagermoen og Hamilton (2002) gjennomførte en studie der 80 pasienter ble inkludert. Pasientene var innlagt til kirurgi i blære og prostata, og fikk spørreskjema både ved utskrivelse og en måned etter utskrivelse. Hensikten var å undersøke hvordan pasientene oppfattet informasjonen de hadde fått før og under sykehusoppholdet, og om hvordan sykepleierne tilnærmet seg pasientenes behov for informasjon. Pasientene ble bedt om å skåre positive og negative utsagn. Viktige områder for informasjon var bl.a. om kirurgi, hva vil skje operasjonsdagen, form for narkose, ubehag etter kirurgi, hva vil skje dagen for utskrivelse, og varigheten av oppholdet. Resultatene viste at pasientene fikk mer informasjon under sykehusoppholdet enn før innleggelse. Informasjon om hva de forventet seg ved utskrivelse fra sykehus, viste seg å være mangelfull. Pasientene var generelt fornøyd med sykepleiernes tilnærming til deres informasjonsbehov under sykehusoppholdet. Forskerne kommenterer at det

er kjent fra andre undersøkelser om pasienttilfredshet, at pasienter har en positiv innstilling når de blir spurt om deres sykehuserfaring. Pasientene var mindre fornøyde med sykepleiepraksis som at det var lite tilgjengelighet av sykepleiere, at de ikke fikk svar på spørsmål de ønsket. Det var flere spørsmål i skjemaene som ikke ble besvart, og forskerne så dette i sammenheng med nedsatt hukommelse som en effekt av anestesi og sett i sammenheng med pasientenes bakgrunnsdata (ibid.).

McCabe (2004) viste i studie, at pasienter opplever at sykepleiere har en god kommunikasjon med pasienter når de anvender en pasientsentrert tilnærming. Åtte pasienter ble intervjuet om erfaringer med kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Forsker fremhever at pasientsentrert kommunikasjon inviterer og oppmuntrer pasienten til å medvirke i beslutninger som omhandler pleien av dem. Forsker viser til resultat fra andre studier som viser at sykepleiere ikke har en god kommunikasjon med pasienter. Et sentralt tema som kom frem etter analysen var manglende kommunikasjon. Pasientene mente at sykepleierne hadde en mer oppgavesentrert enn pasientsentrert tilnærming i deres kommunikasjon med pasientene, og at travelhet var en årsak til dette. Andre sentrale tema var tilstedeværelse, empati, vennlige sykepleiere og humor. Forsker viser til andre studier om mulige årsaker til manglende pasientsentrert kommunikasjon. Det kan være mangel på ferdigheter i å kommunisere, emosjonelle beskyttelsesmekanismer, og at årsaker kan ligge i kultur og ledelse ved en avdeling (ibid.).

Litteraturen som er omtalt i kapittel 2.3 viser at det kreves en pasientsentrert tilnærming for å imøtekomme deres behov for informasjon før operasjoner. Motivasjon for å lære kan være betinget av flere faktorer, og læring kan hindres av engstelse, smerter og plager på grunn av sykdommen både før og etter operasjonen.



---

## 2.4 Pasienterfaringer etter operasjoner og fra intensivopphold

Pasienter kan føle seg usikre og oppleve tap av kontroll i omgivelsene til en intensivavdeling (Fagermoen, 2001). Kritisk syke pasienter har lite overskudd til å være lydhøre og oppfatte informasjon, og kan ha vansker med å delta i beslutninger som vedrører dem (ibid.).

### 2.4.1 Hendelser under postoperativ- og intensivopphold

I en studie ble 1076 pasienter spurt om deres tilfredshet med postoperativ pleie og behandling under oppholdet ved oppvåkningsavdelingen (Olsen et al., 2006).

Resultatene viste at 87 % av pasientene helt eller delvis kunne huske oppholdet. Det var 35 % av pasientene som opplevde å ha smerter, mens 95 % av de som hadde smerter var tilfredse med den smertebehandlingen de fikk. Tilfredshet med smertebehandlingen bygget på at pasientene fikk smertelindring når de hadde behov for det. Undersøkelsen kunne ikke vise til verken intensitet av smerter, varighet eller om smerter kunne relateres til større kirurgiske inngrep. Det var ca en fjerdedel av pasientene som hadde besøk når de oppholdt seg ved oppvåkningsavdelingen, flere kvinner enn menn ønsket besøk og flere yngre enn eldre hadde dette behovet. Det var et fåtall av pasientene som var plaget av støy, og de relaterte støy til andre pasienter og deres pårørende, tidspunkt da det var mange pasienter innlagt og til personalets private samtaler. Over 70 % av pasientene opplevde at de fikk den informasjonen de hadde behov for under oppholdet. Pasientene var fornøyde med at sykepleierne var tilstede hos pasientene, og følte seg vel når de ble flyttet fra avdelingen. Resultatene viste ingen større forskjeller med tilfredshet og pasientenes kjønn, alder, anestesiform, opprinnelsesavdeling eller tidligere gjennomgått anestesi. Forskerne presiserer at begrepet tilfredshet har mange dimensjoner som kan være vanskelig å definere, men at det samtidig er et relativt begrep som kan knyttes til det enkelte menneskes opplevelse (ibid.).

Barrio et al. (2004) intervjuet 10 pasienter om deres erfaringer fra opphold ved intensivavdeling. Pasientene var innlagt ved avdelingen i flere døgn etter levertransplantasjon. Pasientene husket at oppholdet var kortvarig, og at de hadde problemer med å følge med tiden. Følelsen av å ikke være fullt bevissthet deler av tiden, ble rapportert av alle pasientene, og det sto i motsetning til at alle hadde konkrete minner fra oppholdet. Pasientene var isolert i enerom, og opplevde ikke støy i avdelingen. Ingen av pasientene kunne huske at de hadde hatt smerter under oppholdet. De opplevde ubehag ved følelse av tørste, varme, problemer med søvn og begrenset evne til å bevege seg pga. invasivt utstyr. Enkelte ble bekymret ved å se andre intensivpasienter som var innlagt i avdelingen. Alle pasientene hadde en god erfaring med flytting til sengepost, fordi det innebar at de hadde en god progresjon og at de fikk større frihet. Forskerne fremhever at recovery perioden for denne pasientgruppen, er et steg fremover etter at de har levd med en sykdom som gikk mot en terminal fase (ibid.). Erfaringene til disse pasientene må ses i sammenheng med diagnosen, og kan være ulike fra andre pasienters erfaringer fra intensivopphold.

Høgshaug og Fagermoen (2007) gjennomførte en studie der syv pasienter ble intervjuet om deres erfaringer og informasjonsbehov ved overflytting fra intensivavdeling til sengepost. Pasientene som ble inkludert i studien var akutt innlagt i intensivavdeling, og hadde en gjennomsnittlig liggetid i avdelingen på over åtte døgn. Alle pasientene hadde vært respiratorbehandlet. Intervjuene ble foretatt etter at pasientene var utskrevet fra sykehuset. Resultatene viste at pasientene hadde ubehagelige opplevelser både fra intensivoppholdet, og ved overflytting til sengeposten. Det var også positive erfaringer knyttet til intensivoppholdet, som opplevelsen av trygghet. Pasientene savnet informasjon fra helsepersonellet både under intensivoppholdet, ved overflytting til sengepost og ved utskrivelse fra sykehuset (ibid.). Studien viser at pasienter akutt innlagt i intensivavdeling, har informasjonsbehov både under oppholdet og ved flytting til andre sengeposter.

Cornock (1998) gjennomførte en studie der 71 pasienter og 71 sykepleiere ble spurt om hvilke faktorer de mente var mest stressende i intensivmiljøet. Resultatene viste at

det var likheter mellom hva sykepleiere og pasienter rangerte som høyest, men også at det var ulikheter. Det var en tendens til at pasienter rangerte faktorer som var relatert til deres sykdomstilstand og fysisk velvære som viktigst. For eksempel rangerte pasientene opplevelsen av å ha rør i munn eller nese og opplevelsen av tørste, som de to verst stressende faktorene. Sykepleierne mente at det var opplevelse av smerter og at pasientene var ute av stand til å kommunisere som var verst (ibid.). Wong og Arthur (2000) intervjuet pasienter om deres erfaringer under intensivoppholdet, og intervjuet sykepleiere fra intensivavdelingen. Noen av pasientene opplevde at de hadde moderate til sterke sårsmarter under aktivitet som hoste, mobilisering, fysioterapi. Smerter førte til dårlig søvn, og til at pasientene ikke greide å gjennomføre det som ble forventet av dem. Sykepleierne mente at pasientene opplevde engstelse, smerter og for lite søvn, og at miljøet og det ukjente ved avdelingen gjorde dem redde. De mente også at pasientene bekymret seg for sykdommen og operasjonen de hadde gjennomgått. (ibid.).

Studiene viser at pasienter og sykepleiere hadde noe ulik rangering av stressende faktorer i intensivmiljøet.

Forskere har sett på sammenhengen mellom delirtilstander hos intensivpasienter og deres faktiske minner fra opphold ved intensivavdelinger (Jones et al., 2001; Roberts et al., 2007; Storli et al., 2004). Roberts et al. (2007) gjennomførte en cohort studie der 152 intensivpasienter deltok. Undersøkelsens første del gikk ut på å observere utvikling av delir under oppholdet. Det var 84 pasienter (45 %) som utviklet delir, og resultatet ble sett i sammenheng med både alvorlighetsgraden av tilstanden, organfunksjon, lengde på opphold og bruk av psykoaktive medikamenter. 103 av pasientene ble kontaktet to år etter uskrivelse, og 41 samtykket i å delta. Resultatene viste at 83 % (n=34) hadde minner fra intensivoppholdet, og at en delirtilstand førte til redusert hukommelse for faktiske hendelser. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema med åpne og lukkede spørsmål. Det var tre sentrale tema som fremkom etter analysen av kvalitative data, og det var hendelser knyttet til prosedyrer, personale og tema relatert til velvære. De negative minnene var mest

fremtredende, og det var ubehag med intubering som var verst. Positive minner var knyttet til trygghet, tilstedeværelse av og omsorgsfulle sykepleiere. Forskerne kommenterer at studiens fokus var å få frem pasienters negative opplevelser, og at et fokus på positive opplevelser ville gitt andre data (ibid.).

Resultatene i en studie utført av Jones et al., (2001), viste at selv minner fra en delirtilstand under intensivoppholdet beskyttet mot engstelse og utvikling av posttraumatisk stress syndrom. Storli et al. (2004) viser i artikkel til et annet perspektiv på minner fra intensivavdeling, og diskuterer anvendelsen av måleinstrumenter for å få frem denne type data. Forskerne argumenterer for å se på pasientenes erfaringer ut fra et fenomenologisk perspektiv, som bekrefter pasientenes erfaringer heller enn å avkrefte dem som minner fra en forvirringstilstand (ibid.).

#### **2.4.2 Kognitiv funksjon i postoperativ fase**

Studier viser at pasienter har svekket kognitiv funksjon etter store operasjoner. Rasmussen (2006) viser i en artikkel til studier som har dokumentert postoperativ kognitiv dysfunksjon (POCD). POCD er en svekkelse av kognitiv funksjon i uker og måneder etter kirurgi, og opptrer som nedsatt hukommelse og konsentrasjonsproblemer. Risiko for POCD øker med alder, og med type kirurgi, og opptrer hyppigst ved hjertekirurgi, men også ved annen større kirurgi. Anestesiform er ikke dokumentert å ha betydning (ibid.).

Studiene som er presentert i kapittel 2.4 viser at pasienter har både gode og mindre gode opplevelser fra intensivopphold, og at sykepleiere rangerer stressende hendelser i miljøet noe ulikt fra pasienter. Pasienter savner informasjon om det de kan forvente seg når de oppholder seg ved denne type spesialavdelinger.

## **3. METODE**

### **3.1 Design**

Det ble valgt et utforskende-beskrivende design for denne studien. Et forskningsdesign innebærer at studien er planlagt og gjennomført etter en spesiell plan eller struktur (Nord, 1998). Det er mye kunnskap om nytteverdi av preoperativ informasjon, men det er mindre kunnskap om informasjon om postoperativt opphold. Et utforskende design har til hensikt å oppdage eller å definere et problem, men kan også benyttes hvis litteratur er mangelfull på et område der problemet allerede er definert (Nord, 1998). En mer kartleggende tilnærming med spørreskjema, ville ikke fått frem de data som problemstillingen fokuserer på.

#### **3.1.1 Intervju som metode**

En utforskende tilnærming gjorde det mulig å både kartlegge og utdype pasientenes erfaringer med preoperativ informasjon, om hendelser i den tidlige postoperative fasen. I følge Kvale (2001, s. 39) er: ”Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av intervjupersonenes livsverden, særlig med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet”. Under intervjuene ble det benyttet en temaguide med spørsmål/tema. En intervjuguide eller temaguide sikrer at forsker oppnår å få den informasjonen som kreves, og at informantene gis frihet til å svare med egne ord (Polit og Beck, 2004). Kvale (2001) foreslår at guide med liten grad av struktur i intervjuformen, kan inneholde en grov skisse av emner og forslag til spørsmål. Spørsmålene skal ha en teoretisk forankring til det som undersøkes og til analysen (tematisk relatert), og være dynamisk på den måten at det skapes en positiv og motiverende stemning, fri for fagterminologi (ibid.).

Fokusgruppe intervju som metode ble ikke vurdert som tjenlig for denne studien. Fokusgrupper kan forstås som en forskningsmetode, der data produseres gjennom gruppeinteraksjon om et emne som er bestemt av forsker (Halkier, 2003). Polit og Beck (2004) viser til at fokusgruppe intervju er best egnet der deltakerne har mest mulig like karakteristika, som alder, etnisitet, kjønn eller erfaring. Dette for å fremme best mulig gruppedynamikk (ibid.). Pasientene som ble rekruttert til denne studien hadde ulike kreftdiagnoser, noen hadde erfaring med større kirurgi, og enkelte var innlagt for operasjon fordi de hadde spredning av kreft. Fokusgruppe intervju ble derfor ansett for uegnet i denne studien.

### **3.1.2 Kriterier for utvelgelse av pasienter**

Pasientene ble valgt ut fra bestemte kriterier, og Polit og Beck (2004) kaller det en skjønnsmessig prosedyre for utvelgelse. Inklusjonskriteriene for rekruttering av pasienter ble endret i starten av studien. Endringen bestod i å gå fra å inkludere en diagnosegruppe (kirurgi for kreft i lever) til å omfatte alle diagnosegrupper av pasienter som ble innlagt for planlagt gastrointestinal kirurgi. Begrunnelse for endringen var å øke størrelsen på populasjonen, få større bredde i utvalget, og dermed større teoretiske muligheter i analyse og tolkning av data. Et utforskende design preges av fleksibilitet i forhold til det som skal undersøkes, og sammensetning av og antall informanter kan endres etter de erfaringer en gjør seg underveis (Knizek, 2006). Et veiledende prinsipp for utvalg i kvalitative studier, er at en skal samle data til datametning er nådd, dvs. når det ikke kommer frem nye ting under intervjuene (Polit og Beck, 2004). Men kvalitet på data kan også påvirke størrelsen en bør ha på utvalget. Hvis informantene har evne til å reflektere over sine erfaringer og kan formidle dette på effektiv måte, kan datametning skje ved et relativt lite utvalg (ibid.). Valg av antall informanter er også knyttet til forskers erfaring med å intervju, og om forsker har kjennskap til feltet (Fagermoen, 2005).

Inklusjonskriterier besto i at pasientene:

- var innlagt til planlagt gastrointestinal kirurgi

- hadde oppholdt seg ved Postoperativ avdeling i minst 1 døgn
- hadde hatt et forventet forløp, dvs. ikke fått komplikasjoner som medførte ny operasjon og/eller intensivbehandling
- var mentalt klar og samarbeidende
- kunne lese og snakke norsk
- var over 18 år

Begrunnelse for kriteriet om opphold på minst et døgn ved Postoperativ, var at pasientene da hadde en viss erfaring med hendelser, og hadde bedre evne til å gjenkalle om de hadde mottatt informasjon om hendelser før og/eller etter operasjonen. Begrunnelse for komplikasjoner/intensivbehandling, var at pasientene ville ha en annen type erfaring enn det som var ønskelig å utdype i denne studien. Den vurderingen som sykepleierne gjorde av pasientenes fysiske og mentale tilstand 2-5 dager etter overflytting til sengepost, var et viktig kriterium for inklusjon. Datainnsamlingen foregikk i løpet av cirka tre måneder.

### 3.2 Etiske overveielser

Forskning som innbefatter pasienter er underlagt strenge etiske regler, som er nedfelt i FN's menneskerettighetserklæring og i Helsinkideklarasjonen (Solbakk, 2006). Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003), bygger på de etiske prinsippene om selvbestemmelse, gjøre godt, ikke skade og rettferdighet. Etiske overveielser gjøres gjennom hele forskningsprosessen, fra planlegging av studien og til rapportering av funn (Kvale, 2001).

I følge Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003), skal forsker innfri fire krav; informasjon, samtykke, fortrolighet og deltakernes sikkerhet.

### **3.2.1 Informasjonskravet**

Sykepleier ved sengeposten vurderte pasientenes tilstand 2-5 dager etter overflytting fra Postoperativ, og forespurte/informerte dem om studien (etter instruks) om de ønsket å delta. Hvis pasientene ønsket å delta tok sykepleier kontakt med forsker, og det ble avtalt tid for å snakke med pasientene og å gi dem skriftlig informasjon.

Innholdet i informasjon som gis til pasienter må være lesbar og forståelig; informasjonen bør være kort, vektlegger hovedpunkter, består av enkle setninger, forklarer faguttrykk (Ruyter, 2003). Det anbefales også muntlig informasjon, for å gi mulighet for å stille spørsmål (ibid.).

### **3.2.2 Krav til samtykke**

Det ble tatt kontakt dagen etter at pasientene hadde fått skriftlig og muntlig informasjon, for å få undertegnet samtykkeerklæringen, og for å avtale tid og sted for intervju. Det viktigste med informert samtykke er at det setter hensynet til den enkelte først (Ruyter, 2003). Dette samtykket er nedfelt i Helsinki-deklarasjonen av 1964 (ibid.). Erkjennelsen om frivillig samtykke omfatter spesielt sårbare grupper, men også friske voksne personer (ibid.; Solbakk, 2006).

### **3.2.3 Krav til fortrolighet**

Det ble informert om at opplysningene som pasientene ga ikke kunne tilbakeføres til dem. Populasjonen av pasienter var relativt liten og de ble rekruttert fra en sykehusavdeling. De sitatene som er valgt ut for å belyse et tema i presentasjon av funn er noe redigert, både fordi det anbefales i en analyseprosess, og for at innholdet ikke skal kunne identifisere personen.



### 3.2.4 Krav til deltakernes sikkerhet

Det ble gitt informasjon om at det ikke ble lagret navn og fødselsnummer i opptak eller i skriftlig form, og at opptak og tekstdata ble slettet/makulert ved angitt måned/år. Samtykkeerklæringer ble oppbevart separat fra opptak og utskrift.

Studien ble vurdert og tilrådd av Regional etisk komitè, og meldt både til Datatilsynet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og til sykehusets eget personvernombud.

## 3.3 Kvalitetsvurdering av data

I metodelitteratur diskuteres det hvorvidt begrepene validitet og reliabilitet, tradisjonelt utviklet for kvantitativ forskning, også kan anvendes i studier med kvalitativ tilnærming (Kvale, 2001; Lund, 2005; Malterud, 2003; Polit og Beck, 2004). Enkelte forskere foreslår et annet innhold i begrepene (Kvale, 2001; Malterud, 2003), og Polit og Beck (2004) viser til at flere forskere benytter et annet begrepsapparat som mer egnet for kvalitativ forskning. I kvantitative studier er kjernen i begrepene validitet og reliabilitet, hvorvidt data reflekterer sannheten (Polit og Beck, 2004). I kvalitativ forskning er en også opptatt av å få frem sannhet, i betydningen at den vitenskapelige metoden skal dokumenteres og begrunnes. En er også opptatt av at de data som fremkommer, tolkning og konklusjoner som trekkes skal være tillitsvekkende (ibid.). Lincoln og Guba (ibid.) definerer kriterier for vurdering av data fra kvalitative studier. Kriterier som bør være oppfylt er at data er troverdige (credibility), pålitelige (dependability), bekreftbare (confirmability) og overførbare (transferability) (ibid.).

Lund (2005) diskuterer i en artikkel at ulikhetene innenfor kvantitativ og kvalitativ forskning ofte er betydelig overdrevet, og at tradisjonene heller bør forenes innenfor empirisk forskning enn å ses på som ulike. Lund (2005) viser til at Kvale's innhold i begrepene validitet og reliabilitet er vanlig å anvende i kvalitativ forskning innenfor psykologi, utdanning og lignende fagfelt. Han kritiserer at Kvale kaller reliabilitet for

et sentralt kriterium i kvantitativ forskning, og at det er viktigere innenfor kvantitative studier enn i kvalitative studier (ibid.). Han viser også til at Kvale sine forslag om endring av innhold i validitetsbegrepet, heller har med validering av data å gjøre, i betydningen å sikre validitet, enn med begrepet validitet (ibid.). Lund viser videre til Kvale's anvendelse av begrepet generalisering, og at han tolker ekstern validitet (external validity) brukt i kvantitativ forskning som mer snevert enn det i virkeligheten er (ibid.). Lund (2005) hevder at spørsmålet om hvorvidt validitet er ivarettatt, bestemmes først ved slutten av en studie, da det trekkes slutninger over de funn som er gjort.

I det følgende vil begrepene validitet, reliabilitet og overførbarhet bli anvendt, og det henvises til litteratur som er beskrevet ovenfor for å favne det som oppfattes som viktig for vurdering av data i denne studien.

### **3.3.1 Validitet**

Under hele forskningsprosessen må det vises til hvordan studien er gjennomført på en kvalitetsmessig måte (Kvale, 2001). I analysen av tekstdata, må en vise en tydelig vei fra abstraherte tema og tilbake til utskriftene av intervjuene, for hvordan tema er fremkommet (ibid.). I følge Lincoln og Guba refererer troverdighet til hvilken tro en har på sannhetsverdien til data og til tolkningen av dem (Polit og Beck, 2004). Dette henspiller både på hvordan studien gjennomføres og til at en kan beskrive dette for leseren (ibid.). Lincoln og Guba (ibid.) anbefaler at det gjøres en systematisk dokumentasjon av prosessen, fra rådata til datareduksjon og til analyse og tolkning av data. Det kan gi en annen forsker mulighet til å gjennomgå studien og dermed bekrefte det som er fremkommet (ibid.). Veileder på masteroppgaven har hatt rollen med å kontrollere dokumentasjon og trinn i analysen. Det vises til beskrivelse av analyseprosessen senere i dette kapitlet, og til eksempel på analyseenhet i resultatkapitlet.

### **3.3.2 Reliabilitet**

I gjennomføringen av intervjuene, må det vises til hvorvidt det er stilt spørsmål som kan tolke, spesifisere og utdype tema som kommer opp (Kvale, 2001). Det må også komme frem en refleksjon over gjennomføringen av intervjuet. Bruk av ledende spørsmål i forskningsintervju er en måte å sjekke reliabilitet på (ibid.). En systematisk dokumentasjon av analyseprosessen bør være både av teoretisk, metodisk og refleksiv art (Polit og Beck, 2004). Dette øker påliteligheten på data som er fremkommet, og gir mulighet for overførbarhet av studiens funn til andre kontekster (ibid.). Det vises til metodiske overveielser og transkribering av opptak senere i dette kapitlet, og til beskrivelse av og refleksjon over gjennomføring av intervjuene i resultatkapittel.

### **3.3.3 Overførbarhet**

En kan overføre funn til sammenlignbare kontekster hvis data som fremkommer er gjenkjennbare, og de kan bekreftes i annen litteratur (Kvale, 2001). I kvantitative studier kan en generalisere funn fra et utvalg til å gjelde en populasjon, hvis resultatene er gyldige og pålitelige (Kvale, 2001). I kvalitative studier skal funn vise til hvordan et fenomen opptrer i en bestemt kontekst, og om hvorvidt studien er gjennomført på en tillitsvekkende måte (ibid.). I diskusjonen av funn vises det til relevant litteratur, og det gis anbefalinger for praksis og for fagutvikling ut fra at funn fra denne studien kan bekreftes i annen forskning.

### **3.3.4 Metodiske overveielser**

Det var ønskelig å intervju pasientene nærmest mulig utskrivelsestidspunktet. Dette var viktig for at pasientene skulle være i best mulig fysisk og mental form under intervjuene, og at det samtidig var nærhet i tid for at pasientene skulle huske mest mulig.

Intervjuene hadde en varighet på om lag en halv time, og det ga pasientene mulighet til å svare på spørsmål og til å gjenkalle hendelser ut fra den temaguiden som ble benyttet. Intervju av lengre varighet ville gitt mulighet for mer utdypning av tema. Malterud (2003) viser til at det er vanlig at informanter bidrar i ulik grad ved intervjuer, og at det er viktig å diskutere dette når en redegjør for overførbarhet av resultatene. Det første intervjuet bar preg av lite erfaring fra min side, og det siste ble gjennomført på pasientrom med stadige avbrytelser. Disse intervjuene hadde en varighet på et kvarter, men de genererte begge data og ble derfor tatt med i materialutvalget. Pasientene fikk valget mellom å bli intervjuet før eller etter utskrivelse, men alle mente det var mest praktisk å bli intervjuet før utskrivelse. Det er usikkert om pasientene hadde svart annerledes hvis de ble intervjuet etter utskrivelse. De ble intervjuet fra fem til elleve dager etter operasjon. Under intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål som fikk frem negative erfaringer, som for eksempel smerter og ubehag med utstyr som slanger og dren. Det burde blitt stilt oppfølgingsspørsmål som fikk frem positive erfaringer, som trygghet ved overvåkning og mye personell ved overvåkningen. Både negative og positive erfaringer som nevnt ovenfor, kom frem under de fleste intervjuene uten at det ble stilt den type oppfølgingsspørsmål.

### 3.4 Analyse av kvalitative data

Utforskende design kan være basert på ulike metodologier, som etnografi, grounded theory, hermeneutikk/fenomenologi (Nord, 1998). Alvesson og Sköldberg (1994) betegner induktiv etnografi (vektlegger teori i mindre grad enn kritisk teori), grounded theory og fenomenologi som empiri-nære metoder. Dette forklares med at teoriene som anvendes i analysen fremstår som lav-abstrakte (ibid.).

#### 3.4.1 Grounded theory og etnografi

*Grounded theory* er en metode innenfor utforskende design (Bunch, 2006).

Dataanalyse og datainnsamling foregår kontinuerlig gjennom forskningsprosessen, og

det er en sirkulær prosess som skjer helt til det er generert en teoretisk modell. Analysen gjøres ved hjelp av åpen koding der det fremtrer kategorier og sammenhenger dem imellom, deretter gjøres en selektiv koding både i materialet og ut fra observasjon. En kjernevariabel vil opptre når kodingen har nådd et metningspunkt. Underveis i prosessen blir foretatt idènotater (memos) (ibid.).

*Etnografi* som metodologi kjennetegnes ved at forskeren er deltakende i et felt for å få frem kunnskap om kulturelle prosesser (Heggen og Fjell, 2006). Forfatterne fremhever at det i etnografi handler om å konstruere eller skape data, og et fortolkende arbeid som skjer under hele forskningsprosessen (ibid.). Det er en forutsetning at forskeren både greier å ha et nært og et distansert perspektiv til det som studeres (ibid.).

### 3.4.2 Fenomenologi

En skoleretning innenfor *fenomenologisk analysemetode* er hermeneutikk, som er en tolkende tilnærming basert på Heidegger sin filosofi (Polit og Beck, 2004). Tolkningen av teksten er karakterisert ved en hermeneutisk sirkel, som er en kontinuerlig prosess der deler og helhet blir tolket i forhold til hverandre (Kvale, 1997). Prosessen avsluttes når en har fått frem en fornuftig og gyldig enhetlig mening uten indre motsigelser (ibid.).

En annen skole innenfor fenomenologisk analysemetode er Duquesne skolen, som er basert på Husserl's filosofi, og som Colaizzi, Giorgi og van Kaam er representanter for (Polit og Beck, 2004). Metodene til Colaizzi, Giorgi og van Kaam beskrives som like ved slutten av analysen, da meningen ved en erfaring ofte beskrives gjennom å identifisere essensielle tema. Det er bare Colaizzi som søker en validering av resultatene ved å etterspørre respondentenes mening (ibid.). Giorgi's metode setter sin lit til forskeren alene, og van Kaam's metode krever andres ekspertuttalelser (ibid.). Kvale (1997) henviser til Giorgi sitt syn om at fenomenologien både ønsker å belyse hva som framtrer og hvordan det framtrer. Fenomenologisk reduksjon innebærer å sette tilside egne oppfatninger og forforståelse, for å få en mest mulig

fordomsfri beskrivelse av fenomenenes vesen (Kvale, 1997). Dette innebærer en kritisk analyse og ikke fullstendig fravær av egne forutsetninger (ibid.). De ulike metodologiene har fellesnevner i analyse og tolkning av data (Polit og Beck, 2004).

### **3.4.3 Transkribering**

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett, i den grad det var mulig etter kvalitet på opptakene. Det ble skrevet kommentarer fortløpende hvis pasientene for eksempel visualiserte noe de forklarte eller ved uttrykk som latter. Knizek (2006) kaller det en kommentert transkripsjon hvis det kommer frem informasjon som går ut over det som uttrykkes med ord. Malterud (2003) peker på at det kan være en risiko for latterliggjøring av det som blir sagt når en foretar en ordrett skriftliggjøring av en samtale. Hun anbefaler derfor at tekst blir noe redigert, og referer til dette som "slightly modified verbatim mode" (ibid., s. 79). I resultatdelen blir det anvendt redigerte sitat for å illustrere tema fra analysen. Det er utfordringer ved overføring av tale til tekst, og transkribering skal søke å få frem det som informantene ønsket å meddele (Malterud, 2003). Teksten er allikevel et indirekte bilde av virkeligheten, og den konteksten samtalen finner sted i og kommunikasjonen mellom informant og intervjuer, vil ikke komme frem på opptaket. Det vil derfor være lettere å få frem nyanser fra samtalen, hvis forsker selv transkriberer opptakene, og det vil i sin tur styrke validiteten av analysematerialet (ibid.). Fog (2004) fremhever at det er noe annet å være i dialog med en utskrift enn med et menneske under et intervju.

Utskriften representerer en endelig og avsluttet størrelse (ibid.). Etter hvert intervju ble det skrevet refleksjonsnotat over gjennomføringen, og notatene ble lest under analysearbeidet. Under transkriberingen ble det fortløpende notert spørsmål til teksten der det var tvil om hva informantene mente, og der det ikke ble stilt oppklarende spørsmål. Malterud (2003) viser til at forsker kan lære av å foreta utskriftene selv, og erkjenne at en ikke har greid å åpne for en samtale på informantens premisser. Alle oppfølgingsspørsmål som ble stilt ut fra det som pasientene svarte ble transkribert. Ved to intervju snakket pasientene om tema som ikke var relevant i forhold til det som skulle undersøkes, og dette innholdet ble kun

referert til i transkripsjonen. Ved enkelte av intervjuene hadde pasientene mye de ønsket å formidle, utover å svare på det som ble spurt om. Under transkriberingen ble det tydelig at innholdet og måten det ble sagt på, var mer relevant for problemstillingen enn slik det ble opplevd under intervjuene. Malterud (2003) kaller det å innta en metaposisjon når en legger merke til aspekter under transkripsjonen som ikke er tydelige under intervjuene.

### **3.4.4 Teoretisk og erfaringsmessig ståsted**

Preoperativ informasjon og nytten for pasientene vakte nysgjerrighet hos meg allerede som nyutdannet sykepleier på midten av 80 tallet, da jeg arbeidet med ryggopererte pasienter. En erfaring var at de pasientene som ikke fikk preoperativ instruksjon om postoperativ mobilisering, utførte dette dårligere enn de som hadde fått instruksjon. Jeg innså at årsaker til at enkelte pasienter besvimte under mobiliseringen, ikke bare skyldtes mangel på preoperativ instruksjon, men at det også kunne være forårsaket av smerter eller redsel for smerter, og at det var forskjell på pasientene og deres evne til å utføre mobiliseringen.

Det er tidligere i besvarelsen presentert kunnskap om preoperativ informasjon som gunstig for pasienters postoperative forløp. Forskere gir anbefalinger ut fra systematisk gjennomgang av studier, om hvordan helsepersonell kan informere og undervise pasienter for at de skal være forberedt og mestre hendelser etter operasjoner. Denne kunnskapen og egen erfaring som sykepleier og intensivsykepleier ved en postoperativ avdeling, har bidratt til å forme problemstilling og forskningsspørsmål for denne studien, og vil prege tilnærming i analysearbeidet. Det er allikevel funn fra datamaterialet som er utgangspunktet for analysen, og prosessen blir i det følgende beskrevet.

### **3.4.5 Prosedyre for dataanalyse**

Kvalitativ analyse av et materiale kan enten lede til utvikling av nye beskrivelser ved begreper, eller til utvikling av nye begreper eller kategorier (Malterud, 2003).

Intersubjektivitet skal ivaretas ved å beskrive hvordan en er kommet frem til resultatene uansett formål med analysen (ibid.). I følge Kvale (2001) og Malterud (2003) er fenomenologisk basert meningsfortetting (meaning condensation) den analyseformen som Giorgi benyttet. En dypere meningstolkning av data vil ha en mer hermeneutisk tilnærming, der forskeren går dypere inn i det som blir uttalt (Kvale, 2001).

En fenomenologisk tilnærming har dannet en ramme for intervjuene og for analysen i denne studien, men er ikke fulgt strengt metodologisk. Malterud (2003) presenterer en modifisert analysemetode etter Giorgi, og den er blitt brukt som en ledetråd i arbeidet med analyse av datamaterialet.

Allerede under transkribering av intervjuene, dannet det seg et inntrykk av det som ble formidlet av pasientene. Hele materialet ble lest gjennom for å få et helhetsinntrykk, og noe som Malterud (2003) beskriver som det første trinnet i analysen. I det andre trinnet av analysen, startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter, som er tekstbiter fra materialet. I følge Malterud (2003) skal en skille ut den teksten som er relevant, og sortere teksten etter hva som best kan belyse problemstillingen. De meningsbærende enhetene var utgangspunkt for en koding, som var merkelapper på tekst som hadde noe felles. En skal tilstrebe kategorier som har noe felles, og må endre og justere på merkelapper underveis (ibid.). I det tredje trinnet ble innholdet i det som kodegruppene representerte kondensert, dvs. ble beskrevet på en kortfattet måte, som Malterud (2003) beskriver. I det kunstige sitatet ble det forsøkt å benytte informantens egne ord fra de meningsbærende enhetene. I det fjerde trinnet ble teksten satt sammen igjen, og sammenfatninger ble utformet for å favne det som informantene formidlet. I følge Malterud (2003) skal sammenfatningen gi en innholdsbeskrivelse som innbefatter uttrykk fra de meningsbærende enhetene, og kan bestå av sitat for å illustrere innhold. Overskrifter i resultatdelen for beskrivelse av innhold og illustrering ved sitat, kan være kategorier utviklet fra analysen (ibid.) Det presenteres et eksempel på analysens trinn i neste kapittel.



---

## 4. PRESENTASJON AV FUNN

### 4.1 Beskrivelse av intervjusituasjonen

#### 4.1.1 Forberedelse og gjennomføring

Pasientene ble tilbudt å gjøre valg av tid og sted for intervju selv. Alle valgte å gjennomføre intervjuet i sykehuset, før utskrivelse til hjemmet eller rehabilitering. Pasientene ble intervjuet i et samtalerom ved sengeposten, på pasienthotell tilhørende sykehuset, eller på pasientrom. Før båndopptaker ble satt på, ble det informert om at en intervjuguide med åtte spørsmål/tema var utgangspunkt for intervjuet, og at jeg kom til å stille tilleggsspørsmål etter hva pasienten svarte. Jeg presiserte også at det var informasjonen før operasjonen som var tema og ikke informasjon som er gitt etter operasjonen, men at det kunne være vanskelig å skille dette. Kvale (2001) anbefaler at en har en briefing før intervjuet starter og båndopptaker slås på, og en debriefing etter at båndopptaker er slått av. Når båndopptaker var satt på, ble bakgrunnsdata om pasienten først viet oppmerksomhet. Intervjuet startet med demografiske data, og et "grand tour question" (Polit og Beck, 2004, s. 340) der jeg spurte dem om hva de fikk informasjon om før operasjonen. De neste spørsmålene var mer snevre angående informasjon om oppholdet ved Postoperativ, som hva de fikk vite om hvordan det var å våkne opp på en postoperativ avdeling. Jeg stilte tilleggsspørsmål om smerter, og om utstyr som slanger og dren, hvis de ikke greide å svare på spørsmålet eller ikke husket hva de hadde fått informasjon om. Jeg spurte deretter om hvilke erfaringer, positive og negative, de hadde fra oppholdet. Ordlyden på dette spørsmålet kunne også være: hvordan var oppholdet ved Postoperativ. De ble spurt om de hadde fått vite noe om hva de måtte gjøre selv tidlig etter operasjonen. Jeg stilte tilleggsspørsmål om hosteøvelser og om aktivitet som opp av seng, hvis de ikke svarte på spørsmålet eller ikke husket. Under intervjuene ble det som Kvale

anbefaler, stilt spørsmål av mer utdypende art, og fortolkende spørsmål ble stilt for å få klarhet i det som ble formidlet.

De neste spørsmålene i guiden ble i noen tilfeller overflødige fordi pasientene allerede hadde sagt noe om det (Hva kjente du igjen fra informasjonen du fikk; Hva var du ikke forberedt på; Var det noe du savnet informasjon om; Når fikk du informasjonen). Jeg stilte allikevel alle spørsmålene i guiden, og det kom i noen tilfeller opp ting som ikke var blitt sagt tidligere. Ved spørsmålet om når de fikk informasjon, kom pasientene tilbake til samtalen med kirurgen og innholdet i samtalen. Jeg stilte tilleggsspørsmål om andre helsepersonell hadde hatt samtale med dem, som sykepleiere, fysioterapeuter, og om de hadde fått noen form for skriftlig informasjon. Det siste spørsmålet i guiden omhandlet hvorvidt de hadde med en pårørende når de fikk informasjon. Ved avslutningen av intervjuet, ble pasienten gitt mulighet til å ta opp tema som ikke hadde vært berørt angående tema preoperativ informasjon. Etter hvert intervju ble det skrevet et notat der jeg reflekterte over gjennomføringen av intervjuet. Jeg dokumenterte også ideer og assosiasjoner etter hvert intervju, og relaterte det til litteratur som jeg hadde lest og/eller for å foreta nye litteratursøk.

#### **4.1.2 Erfaringer fra intervjuene**

Jeg erfarte at jeg greide å fristille meg mer fra temaguiden etter de to første intervjuene. Etter det første intervjuet lærte jeg å la personen snakke mer fritt. Jeg erfarte etter fem intervju at det var en fordel å ha brukt tid i forkant av intervjuene (slik Kvale foreslår), for å bli litt kjent med pasientene og for å kunne svare på spørsmål de hadde angående deltakelse i studien. Ved de tilfellene jeg ikke hadde brukt tid i forkant, var det vanskeligere å holde fokus på temaet preoperativ informasjon om det postoperative oppholdet. Jeg erfarte også at det hadde betydning for dynamikken i intervjuene, hvis pasientene fikk snakke fritt om tema som ”tyngtet” dem, men som ikke nødvendigvis hadde direkte relevans for studiens tema. De fire neste intervjuene ble gjennomført etter samme mal som de foregående. Jeg erfarte at

---

jeg hadde mer rutine i intervjusituasjonen, og at det var lettere å fange opp essensen i det som pasientene fortalte. Intervjuene ble gjennomført fra fem til 11 dager (gjennomsnitt på ni dager) etter operasjonen. Pasientene var ulike med hensyn til for eksempel formidlingsevne og konsentrasjon under intervjuene. Dette hadde betydning for gjennomføringen, selv om en intervjuguide ble benyttet. Jeg avsluttet datainnsamlingen etter ni intervju, da det ikke fremkom vesentlig nye data sett ut fra det materialet jeg hadde, og ut fra den begrensede tiden jeg hadde til datainnsamling.

Funn presenteres under overskriftene pre- og postoperativ informasjon, og informasjon ved forflytninger under forløp i sykehuset. Kategoriene er utviklet med utgangspunkt i det som er fremkommet i dataanalysen, men vil også være påvirket av egen erfaring og av teoretisk forforståelse. Malterud (2003) anbefaler at forsker redegjør for hva som har vært styrende for beskrivelse/valg av kategorier.

Funnpresentasjonen består av mye sitat da det har vært vanskelig å trekke slutninger på bakgrunn av datamaterialet. Presentasjonen søker å vise rekkevidden av svar fra pasientene, og å få frem likheter og ulikheter. Intervjuene hadde en varighet fra 15 til 35 minutter (gjennomsnitt på 25 minutter), og det er mindre enn det som anbefales i litteratur. Intervjuene ble gjennomført etter relativt høy grad av struktur, og det må ses i sammenheng med egen kompetanse i å intervju. Det var lettere å holde seg til en fast struktur, enn å være åpen for å lytte til og følge opp det pasientene sa.

Figur 1 Eksempel fra datamaterialet på analysens trinn, etter beskrivelse i metodekapittel.

<p>Trinn 2:</p> <p>Meningsbærende enhet</p> <p><b>Kode:</b> Innhold i informasjon</p>	<p>Trinn 3:</p> <p>Kort beskrivelse av innhold i enhet</p>	<p>Trinn 4:</p> <p><b>Kategori:</b></p> <p>Kunnskap om egenaktivitet</p>
<p>R: jeg mener jo det at alt du kan være forberedt på, eller vet noe om på forhånd, det er enklere å takle, så bare det der med at du, skal helst opp å gå med en gang, det visste jeg fra forrige gang, men det visste jeg heller ikke før jeg gikk inn i den forrige operasjon, at de helst vil ha deg opp av senga så fort som mulig. Det kan godt være litt mer informasjon om hva som venter deg.</p> <p>F: som jeg forstår deg så, når du er forberedt så klarer du å gjennomføre det bedre?</p> <p>R: ja da kan du være litt mer, du kan gjøre litt mer ting selv, hadde jeg visst at jeg burde ut av sengen for at magen skulle komme i gang og for at jeg ikke skulle få væske i lungene og alt det der, så kanskje du kan ta litt mer initiativ selv, når vi ikke vet det så ligger du jo der, for det hadde vært det enkleste.</p>	<p>Jeg vil vite mest mulig for å takle bedre.</p> <p>Jeg ønsker å få viten for å kunne gjøre mer selv, ta initiativ til å komme i aktivitet selv.</p>	<p><b>Sammenfatning:</b></p> <p>Enkelte av pasientene ønsket informasjon for å være forberedt på den tidlige postoperative fasen, og for bedre å kunne ivareta sin egenaktivitet.</p>

R: respondent. F: forsker.

---

## 4.2 Bakgrunnsdata

Det var 12 pasienter som ble spurt om å delta i studien, og ni ga sitt samtykke til å delta. Pasientene hadde en gjennomsnittlig alder på 65 år (48-80), og de bestod av fem kvinner og fire menn. Seks av pasientene hadde ektefelle, tre hadde enslig status, tre var yrkesaktive og seks var pensjonister. Pasientene var innlagt til planlagt kirurgi for kolorektal kreft, kreft i spiserør, kreft i bukspyttkjertel og for leverkreft. Fire av pasientene hadde tidligere gjennomført større kirurgi i toraks eller abdomen, og tre av disse var operert for leverkreft som var spredning fra kolorektal kreft. Sju av pasientene var innlagt på pasienthotell tilhørende sykehuset før operasjon. Liggetid på Postoperativ avdeling varierte fra 1 til 3,5 døgn, med et gjennomsnitt på 1,5 døgn.

Kategorier som presenteres under preoperativ informasjon er: kunnskap fra erfaring med kirurgi, kunnskap fra planlagte samtaler, andre kunnskapskilder, oppfattelse av informasjon. "r" betyr respondent.

## 4.3 Preoperativ informasjon

### 4.3.1 Kunnskap fra erfaring med kirurgi

Pasienter som var operert tidligere, hadde kunnskap om det som ventet dem da de ble forberedt til operasjon. Det virket som de hadde større evne til å skaffe seg informasjon hvis de manglet informasjon, enn de pasientene som ikke hadde erfaring med større inngrep.

*... "og at det var litt sånn at jeg ikke måtte gjøre de gale bevegelsene som belastet magemuskulaturen for mye, at jeg skulle bevege meg og sånn, men det visste jeg jo så det så." (r. 3)*

*... "det kom jo en fysioterapeut da på Postoperativ, (...), men som jeg sier jeg har jo akkurat vært igjennom en operasjon, så mye av det visste jeg jo." (r. 5)*

Enkelte av pasientene var tidligere operert ved andre sykehus i regionen, men det var ikke nødvendigvis en erfaring som førte til at pasientene var forberedt på det de skulle gjennom ved denne operasjonen. Pasienter som ikke hadde erfaring med kirurgiske inngrep, visste ikke hva de kunne spørre om.

*... ”men jeg kunne også ringt, det ble oppgitt telefonnummer i brosjyren der jeg kunne ringe og spørre nærmere, det har jeg ikke følt behov, (...), du kan si at man står foran en port, så det at man vet at en må igjennom, så kan en ikke spørre om det som er bortenfor som man ikke har peiling på, så jeg har ikke spurt noe menneske ellers. ” (r. 2)*

I hvilken grad pasientene gruet seg til operasjonen, kunne ha med tidligere kirurgi å gjøre, men også til deres personlighet.

*... ”det var nettopp det, at jeg hadde jo ganske gode minner fra kort tid tilbake, det var jo bare snakk om et halvt år siden, at jeg hadde en sånn tilsvarende operasjonsrunde.” (r. 5)*

*”Så jeg har på en måte ikke gått rundt med sånne angstfølelser, og vært redd og usikker og sånn, det har vært så bra og tett oppfølging hele veien.” (r. 5)*

*... ”jeg har ikke gruet meg i det hele tatt.”(r. 9)*

*... ”ja for jeg sa at det var liksom det jeg gruet meg for, hadde hørt om alle de plagene en kan få...” (r. 7)*

*... ”alle legene har vært veldig flinke til liksom å gi informasjon, og jeg er liksom sånn at jeg har veldig vondt for å spørre, mest for å få et negativt svar, (...), nei så de har vært veldig åpne, og liksom tatt hensyn til at jeg er reddhare...” (r. 7)*

Det var tre av pasientene som var innlagt for kirurgi fordi de hadde spredning av kreft, og hadde gjennom det en erfaring med forberedelser til operasjon.

*”Ja jeg har jo den fordel at jeg vet, (...), men det betyr ikke at en ikke gruer seg.”(r. 3)*

To av pasientene hadde erfaring med smerter fra annen operasjon, og det var viktig for dem å få formidlet dette til anestesilege før denne operasjonen.

*”Jeg følte det var viktig for meg når jeg kom hit og fikk snakket med anestesilege, at den epiduralen skulle virke ordentlig denne gangen.” (r. 4)*

*... ”det eneste jeg grudde meg til det var, den der i ryggen, (...), for at det gjorde så vondt i fjor, (...), og det nevnte jeg, og da fikk de tak i en spesialist, kjente ikke noe vondt, gikk som smurt.” (r. 8)*

Enkelte pasienter sa at det var viktig for dem at nære pårørende fikk informasjon om inngrepet av kirurg tidlig etter operasjonen.

*... ”Ja for meg var det viktig at de fikk den informasjonen så fort som mulig.” (r. 3)*

*... ”men også det at ganske umiddelbart etter, kom hun kirurgen som opererte meg, og for det første sa det at hun hadde hun ringt og snakket med min kone og fortalt at operasjonen var så vellykket, at alt hadde gått etter planen, det var en sånn der god følelse å ta fatt i...” (r. 5)*

Erfaring med kirurgi førte til at pasienter var forberedt på det de skulle gjennom av forberedelser, og hva de kunne forvente seg etter operasjonen. Erfaring med smerter fra tidligere operasjoner, var viktig for pasienter å formidle. Det var ulike behov for informasjon blant pasientene, og forskjeller i deres evne til å skaffe seg informasjon.

#### **4.3.2 Kunnskap fra planlagte samtaler**

Pasientene hadde planlagte samtaler med kirurg og anestesilege før operasjonen, og med sykepleier ved innkomst sengepost eller hotellpost. Innhold i preoperativ informasjon fra helsepersonell omhandlet lite om hva pasientene kunne forvente seg når de våknet etter operasjonen. Ingen av pasientene fikk preoperativ informasjon av spesialsykepleiere fra det perioperative forløpet (operasjonsavdeling, anesthesiavdeling, postoperativ avdeling) eller av fysioterapeuter. Pasientene refererte til samtalen med kirurg når de ble spurt om hva de fikk informasjon om før operasjonen. De fikk grundig informasjon av kirurg om hvordan operasjonen skulle gjennomføres, og var fornøyde med hvordan kirurgene fremførte informasjonen. Det var viktig for pasientene å få informasjon om at en kan bli frisk, at det er håp om å bli

helbredet for kreft. De fleste sa at de fikk positiv informasjon om det forestående inngrepet, og enkelte pasienter ønsket ikke å vite alt om behandling og prognose.

Pasientene fikk informasjon av sykepleier om rutiner ved innleggelse og om forløp i sykehuset, og om praktiske forberedelser til operasjonen. Alle fikk informasjon (eller tilbud om informasjon) om narkosen av anestesilege, og de fleste om innleggelse av epiduralkateter for smertelindring etter operasjonen. Tidspunkt for informasjon med anestesilege og sykepleier, var dagen før operasjonen. Pasientene hadde hatt samtaler med onkologer og kirurger i utredningsfasen, før innleggelse for operasjon. Alle snakket med operatør ved innleggelsen for operasjon. Ingen pasienter oppga at de fikk noen form for skriftlig informasjon utover informasjonsbrosjyre om innleggelsen.

*... ” det var ikke nødvendig å spørre noe, i og med at dem kunne operere meg, det husker jeg at jeg spurte om, og da ble jeg jo kjempeglad, for da var det liksom et håp.” (r. 8)*

*... ”det som kommer det kommer på en måte, jeg er ikke sånn frik på at jeg må vite alt, jeg ble ikke informert om at selve operasjonen, (...), at de kunne finne ting, sånn at de måtte reversere hele greiene, ja han sa ikke noe om det og jeg valgte å ikke spørre, om hva var utsiktene da liksom, (...), for da slapp jeg å utsette meg for det.” (r. 1)*

*... ” jeg var innlagt her (hotellet) før operasjonen, og da var det jo også en sykepleier her, jeg kan ikke si jeg fikk så mye informasjon om det jeg forventet meg etter operasjonen. (...), det var praktisk om hva som skjedde her, at jeg kanskje kom tilbake hit.” (r. 4)*

*... ”det var mer sånn hva som skulle skje i forbindelse med forberedelser til operasjonen, altså med når jeg skulle bli vekket da på mandags morgenen, dusjing, barbering.” (r. 5)*

*... ”de spurte faktisk når jeg ble lagt inn, lå på sykehotellet, første natten, om jeg hadde behov for å snakke med anestesilege, om hva jeg kan gjøre og ikke gjøre.” (r. 1)*

Enkelte pasienter kunne redegjøre for innhold i preoperativ informasjon om hendelser de ville erfare tidlig etter operasjonen.

*”Jo jeg hadde fått greie på at jeg skulle ha dren i brysthulen, det kjente jeg til, og jeg tenkte nesten ikke over det røret...” (r. 2)*



*”Ja det ble sagt at det kom til å belaste mine krefter, at jeg ble slapp, det merket jeg da jeg begynte å gå her i gangen, at den 100 meteren som jeg tidligere greide på 15 blank, den måtte jeg kanskje bruke ett kvarter på nå.” (r. 2)*

*... ”enten så fikk jeg utlagt tarm for evig, eller så kunne dem også legge tilbake tarmen, og jeg så jo helst at jeg fikk lagt den tilbake...” (r. 6)*

Det var kirurg, anestesilege og sykepleier ved sengepost og hotellavdeling som sto for preoperativ informasjon. Pasientene uttrykte takknemmelighet for at kirurgisk behandling var blitt tilbudt dem, og at det var håp om å bli helbredet for kreft. Pasientene oppfattet i liten grad at de hadde fått informasjon om hva som ventet dem tidlig etter operasjonen.

### 4.3.3 Andre kunnskapskilder

Pasientene oppga ikke alltid kilder for informasjon de hadde mottatt, men at de hadde ervervet seg kunnskap på andre måter. Noen hadde søkt informasjon om diagnose og behandling på Internet. Enkelte av pasientene fikk informasjon ved å snakke med pasienter som hadde vært gjennom store operasjoner, eller ved å observere at fysioterapeut instruerte pasienter etter operasjonen.

*... ” jeg leste på Internet, at det var et kjempestort inngrep...”(r. 8)*

*... ”det var nemlig en som hadde tatt samme operasjon som kom ned på stua da jeg lå der og ventet på operasjon, da kom han fysioterapeuten og snakket med ham, så gjennom det fikk jeg vite det, i hvert fall så visste jeg hva som var viktig...”(r. 8)*

*... ” ja når du får sånn sykdom så, ja du begynner å prate, og da får du greie på hele operasjonen, så du behøver ikke å få greie på mer...” (r.8)*

En ble engstelig av å observere andre pasienter som var operert.

*... ”men det så jeg jo at han andre hadde så (slanger og ledninger), jeg husker jeg tenkte at huffameg hvordan skal det gå med meg som er så urolig i senga og så liksom får jeg de der under på ryggen og så... (r. 7)*

Pasientene skaffet seg informasjon ved å observere og snakke med andre pasienter, men denne informasjonen kunne også være forbundet med engstelse.

#### 4.3.4 Oppfattelse av informasjon

Pasientene fikk mye informasjon før operasjonen, og noen uttrykte at de ikke oppfattet all informasjonen og hvem som hadde informert. Det virket som om pasientenes oppfattelse av innhold i informasjon hadde sammenheng med viten om hva som var hensikten, og da knyttet til en kilde. Enkelte av pasientene hadde hatt forbehandling med cellegift og/eller strålebehandling, noen hadde hatt vekttap, og var noe medtatt før operasjonen. Det kunne være en medvirkende årsak til at enkelte ikke husket om informasjon om hendelser var gitt før eller etter operasjonen. Flere pasienter sa at informasjon ble gitt på et forståelig språk. De fleste mente at det var lettere å oppfatte informasjon de fikk av kirurg når de hadde med en nær pårørende, og at avdelingen de var innlagt på anbefalte det.

*... ”men jeg skriver ned en del også, dermed så husker en litt mer, (...), en får jo så mye informasjon, hvor mye en oppfatter av den informasjonen som en får.”(r. 3)*

*... ”de snakker til deg på et språk som er forståelig, det er ikke altfor mye latin liksom da. (r. 1)*

*... ”selv om man ser seg selv som et relativt våkent menneske, så har jeg ikke helt klart for meg hva jeg har lest og hva jeg har hørt.”(r. 2)*

*”Alle har vært flinke til å forklare det som betyr noe. Unødvendig fagprat og terminologi, det synes jeg de har vært flinke til å styre unna, tenker sikkert at det, det er ikke alle som trenger å vite alt detaljorientert, om alle de minste detaljene.” (r. 5)*

*... ” ikke det at jeg har vanskeligheter med å oppfatte hva som blir sagt, men det er ikke alltid i alle situasjoner at man får med seg alt, i stedet for at jeg skulle gjenfortelle og kanskje, ikke bevisst men rett og slett glemme noe, og skulle gjenfortelle det da til kona mi så, måtte vi gjøre det sånn...”(r. 5)*

Noen pasienter husket ikke helt hva de hadde fått vite før og etter operasjon, men de fleste sa de trodde de fikk informasjon om hendelser etter operasjonen.

---

*... ”du det er vanskelig å si, nei det tror jeg han sa etter at jeg var operert, nå må du bare stå opp forttest mulig, nei det er jeg ikke sikker på, men i hvert fall fikk jeg greie på det.”(r. 8)*

Pasientenes oppfattelse av informasjon hadde trolig sammenheng med flere faktorer, og de visste ikke alltid hvor de hadde informasjonen fra.

#### **4.3.5 Oppsummering av funn om preoperativ informasjon**

Pasientene hadde ulike behov for informasjon, og de som hadde erfaring med større kirurgi sa at de var mer forberedt på det som ventet dem, enn de som ikke hadde denne erfaringen. Enkelte av pasientene sa at de fikk preoperativ informasjon om hendelser de ville erfare når de våknet etter operasjonen. Alle pasientene beskrev at de hadde samtale med kirurg om inngrepet, og med sykepleier om praktiske forberedelser til operasjon. De fleste hadde samtale med anestesilege om narkosen og om innleggelse av epiduralkateter for smertebehandling. Alle pasientene sa at de hadde mottatt mye informasjon før operasjonen, og flere sa at de ikke hadde oppfattet alt innholdet i informasjonen.

Kategorier som presenteres under postoperativ informasjon er: informasjon om egenaktivitet, informasjon om forventede reaksjoner, ubehag og smerter, informasjon om miljøfaktorer som tilgjengelighet av personell, støy og skjerming.

### **4.4 Postoperativ informasjon**

#### **4.4.1 Informasjon om egenaktivitet**

Pasientene var overrasket over at de skulle stå opp av sengen så tidlig etter operasjonen, og hadde ønsket forklaring på hvorfor det var viktig å komme i aktivitet for å forebygge komplikasjoner. Enkelte pasienter ønsket å få mer informasjon enn de hadde mottatt for å være forberedt på den tidlige postoperative fasen, og for at de kunne være mer aktive selv. Noen sa at de ikke hadde behov for informasjon om det en kunne forvente seg, fordi de kunne spørre underveis hvis de ønsket forklaring på

noe. De fleste pasientene beskrev at det ble gitt informasjon når noe skulle skje, når de erfarte noe under oppholdet ved Postoperativ. Alle pasientene fikk informasjon av fysioterapeut om øvelser og aktivitet etter operasjonen. De fikk informasjon og veiledning om aktiviteter som stå opp av seng, puste- og hosteøvelser. De fleste pasientene sa at de ikke hadde fått informasjon om denne type hendelser før operasjonen.

*... ”ja så skulle jeg opp med en gang da helst, men da jeg reiste meg opp da, å jeg besvimer sa jeg, og da husker jeg det var veldig vondt å komme opp i senga igjen. Det gjør kanskje sitt til at man blir litt redd for å besvime etterpå når en skal opp, for det tror jeg hang i litt.”(r. 6)*

*”Ja, jeg følte meg jo så elendig, vi skal opp å gå, eller opp og stå, var som på en annen planet, forferdelig, men det gikk bra, men det kunne jeg godt ha fått beskjed om, før den dagen, for å hindre blodpropp og sånn.”(r. 1)*

*... ”jeg fikk beskjed om å puste i en sånn maskin her (viser PEP-fløyte)... ”(r. 9)*

*”Det kan godt være litt mer informasjon om hva som venter deg (...), ja da kan du gjøre litt mer ting selv, hadde jeg visst at jeg burde ut av sengen for at magen skulle komme i gang og for at jeg ikke skulle få væske i lungene og alt det der, så kanskje du kan ta litt mer initiativ selv, når vi ikke vet det så ligger du jo der...” (r. 4)*

*”Ja de kom allerede mens jeg lå der oppe (Postoperativ), i hvert fall fysioterapeuten, hun ga meg sånn fløyte, som jeg skulle puste i. (...) Ja, det var etter operasjonen, hun sa fortest mulig opp å gå, men sånne ting kjenner jeg jo til...”(r. 2)*

*... ”sånn fysioterapeut, viste meg hvordan jeg skulle gjøre og forskjellig, ja, det var nyttig for det visste jeg ikke, det er ingen som har fortalt heller.”(r. 8)*

Flere pasienter var uforberedt på det de skulle gjennom av aktiviteter tidlig etter operasjonen. Pasientene erfarte at de fikk informasjon og veiledning ved aktiviteter som mobilisering opp av seng og pusteøvelser.

#### 4.4.2 Informasjon om forventede reaksjoner, ubehag og smerter

Alle pasientene hadde fått innlagt katetre, dren og sonder under operasjonen, og enkelte hadde mer av denne type utstyr enn andre. Flere av pasientene var uforberedt på at de hadde innlagte dren/sonder og katetre, og enkelte ga uttrykk for at de hadde ønsket preoperativ informasjon om at de ville våkne med denne type utstyr etter operasjonen. Enkelte pasienter fant selv forklaringer på det de erfarte, og noen ble lettet når de forsto at det de erfarte var normalt eller var som forventet. Pasientene virket ikke veldig plaget av utstyr som hadde med overvåkning å gjøre, som EKG og måling av blodtrykk og oksygenmetning. Enkelte opplevde at utstyr var begrensende for aktivitet og hvile. Alle pasientene unntatt en hadde epidural smertebehandling etter operasjonen, og de fleste opplevde at de var godt smertelindret. Flesteparten fikk informasjon av sykepleier fra smerteteam om smertelindring etter operasjonen. Enkelte pasienter sa at de hadde smerter, og at det hadde betydning for både aktivitet og hvile.

*”Ja jeg hadde ganske mye smerter de første døgnene, så det var det som kanskje plaget meg mest, de kom jo hele tiden og tilbød smertestillende, det er ikke der det ligger, for de spurte, hver halvtime eller liksom sånn, jeg tror at jeg har i meg det gamle om at det skal gå så og så lang tid mellom hver gang.” (r. 3)*

*...” det å trekke pusten dypt, det er jo vondt, og jeg greier ikke å sove på siden.”(r. 1)*

*...”ja alt gikk jo så bra, jeg fikk jo sånn epidural da, og den også fikk jeg beskjed om at den hadde jeg så lenge jeg ville...” (r. 6)*

*...”og de har jo en egen sykepleier som går rundt, hun kom på Postoperativ til meg, det husker jeg fra forrige gang, at hun kom bort på avdelingen på Postoperativ, og har vært på avdelingen også, for å teste ut og sånn.”(r. 3)*

*”Det var nok litt større inngrep, (...), jeg kjente jo på forhånd til sånn venefloner, men jeg hadde aldri hatt noe sånn CVK, og det var fremmed og det synes jeg var rart, og det hadde de da ikke informert meg om, at det var noe jeg kunne våkne opp med.”(r. 4)*

*... ”så hadde jeg et rør stikkende ut av nesa og ned i magen, det vet jeg ikke om jeg hadde oppfattet at jeg skulle ha, men det er ikke noe rart for det var en måte å hente ut det som samlet seg der så, og jeg var ikke noe bekymret over det.” (r. 2)*

En pasient opplevde heshet postoperativt, og smerter i arm som skyldtes leiring under operasjonen.

*... ”det at jeg ikke hadde stemme skulle vare, det visste jeg ikke, det ble vel ikke sagt, men det er kanskje noe en må regne med.” (r. 2)*

*”Ja jeg var ikke forberedt på at jeg skulle få så vondt i den høyre skulderen, hovedinngrepet er her (viser med hånden, operasjonssnittet), (...), jeg kan røre armen, det er ikke det, men det at jeg ble liggende med høyre armen rett opp har jeg forstått, i 11 timer, det er ganske lenge.”(r. 2)*

En pasient ble informert av anestesilege om at det ville bli både gode og mindre gode dager i tiden etter operasjonen.

*... ”som snakka litt om det med sånne etterreaksjoner, at du kan tillate deg å oppleve at du liksom har en dårlig dag, det er ikke sikkert at den kurven går jevnt oppover hele veien, ja du sier at du er bra nå, at du er enda bedre i morgen, tredje dagen så er det mange som kan oppleve en sånn nedtur igjen, som liksom bare forberedte meg litt på det.” (r. 5)*

En pasient opplevde forvirring etter operasjonen.

*... ”Men jeg rota noe forferdelig en stund. (...), han (legen) sa det at du kommer til å, du har fått såpass mye bedøvelse at du må regne med at, husken kommer igjen, men det er mange ting du ikke kommer til å huske, det kan ta bortimot et år, og det var godt å høre sa jeg for nå trodde jeg virkelig at jeg hadde blitt helt rar, nei sa han det er helt vanlig...” (r. 7)*

En av pasientene fortalte at sykepleierne ved sengeposten underviste om stell av stomi.

*... ” jeg har jo fått denne posen (viser til stomi) her nå som jeg skal ha i 3 måneder, så jeg har liksom lært å behandle og stelle og ordne det, dem kom jo med en gang med det...” (r. 6)*

Enkelte pasienter var forberedt på det de kunne forvente av reaksjoner, ubehag og smerter tidlig etter operasjonen, mens andre var uforberedt og hadde ønsket informasjon på forhånd.

#### **4.4.3 Informasjon om miljøfaktorer som tilgjengelighet av personell, støy og skjerming**

Pasientene ga ikke uttrykk for at de hadde fått informasjon om denne typen miljøfaktorer ved Postoperativ. De pasientene som hadde erfaring med kirurgi, var forberedt på hvordan det var å oppholde seg ved avdelingen. Pasientene opplevde at det var tilgjengelighet og tilstedeværelse av sykepleiere, og at det var lett å få hjelp til det en trengte. De følte seg trygge og ivaretatt under oppholdet. Flere av pasientene opplevde at det var støy ved avdelingen, mens enkelte sa at det var stille og rolig der.

Pasientene som hadde oppholdt seg ved Postoperativ i flere døgn, beskrev mer erfaringer relatert til miljøet enn de som hadde oppholdt seg der rundt ett døgn. Det var erfaringer som ubehag ved manglende skjerming av andre pasienter, behov for kontakt med nære pårørende, og søvnproblemer.

*”Men ellers var det glimrende opphold der oppe, hvordan det var med meg, om jeg lå vondt eller om jeg kunne tenke meg det eller det og sånn, det var jo nesten som et lite barn på mors arm det, det var det ikke noe å si på.”(r. 2)*

*... ”neida jeg var litt forbauset over at, jeg hadde en egen sykepleierske hele tiden og, som ordna bare med meg, jeg så ikke hun gikk andre steder.”(r. 9)*

*... ”det var så stille og fredelig der, og en kunne jo tro at der var det mange som hadde vondt og det var det selvfølgelig, men jeg opplevde det som veldig positivt, og alle hadde jo hver vår pleier, og de var like koselig alle sammen, sto jo på pinne og ved det minste vink så var dem der, så jeg følte meg veldig trygg.”(r. 7)*

*”Ja det er jo litt bråkete der, men det er klart det er folk inn og ut hele tiden...”(r. 3)*

*... ”det var veldig hyggelige mennesker som jobbet der, som selvfølgelig var utsatt for et jævlig kjøp fra alle kanter, med støy og styr og ting skjedde liksom hele tida, men det jeg oppfattet var at, (...), det var at alle ble liksom, de ble ikke noe stressa, det var ikke noe som gikk utover pasientene, så det var egentlig sånn der litt rolig og behagelig å være der...” (r. 5)*

En av pasientene opplevde ubehag ved å overhøre samtaler om andre pasienter.

*”Ja, der lå det pasienter, (...), og jeg hørte samtaler på alle de andre, hele tiden. (...), det gjorde at oppholdet i 3,5 døgn ble vanskelig, ubehagelig vil jeg si.” (r. 2)*

Informasjon om hvordan en overvåkningsavdeling fungerte med hensyn til besøk og bruk av telefon, var et savn hos en pasient. En annen pasient ønsket ikke kontakt med venner like etter operasjonen.

*... ”nei jeg fikk vite veldig lite, for da jeg våknet på Postoperativ, så måtte jeg spørre om det meste følte jeg, kan jeg ringe, kan mannen min komme hit, får jeg lov til å få besøk, men de kunne jo fortelle meg det de altså, men jeg måtte spørre, for da visste jeg lite.” (r. 4)*

*... ”men to dager etter ringte jeg til en barndomsvenninne, at det beste som kunne skje meg nå var, at jeg ikke behøver å ringe til deg, sa jeg. De vil det så vel, men jeg blir mest sliten av det.” (r. 2)*

Pasientene opplevde at de mottok informasjon og forklaring på det de opplevde under oppholdet ved Postoperativ, og at det var uproblematisk å etterspørre informasjon. Flere var overrasket over at det var så stor tilgjengelighet av sykepleiere ved avdelingen, og opplevde det som trygt. Opplevelsen av støy, ble ikke tillagt en veldig negativ betydning.

#### **4.4.4 Oppsummering av funn om postoperativ informasjon**

Pasientene fikk informasjon og instruksjon om aktiviteter for å forebygge komplikasjoner relatert til respirasjon og sirkulasjon. De fleste pasientene sa at de ikke hadde fått den type informasjonen før operasjonen, men under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Enkelte av pasientene erfarte dårlig virkning av epidural smertelindring, og at det hadde betydning for både hvile og aktivitet. De fleste fikk



informasjon om smertebehandling av spesialsykepleier ved smerteklinikk, og alle fikk informasjon om øvelser/aktivitet av fysioterapeut. Pasientene trengte ikke å etterspørre informasjon når de gjorde seg erfaringer under oppholdet ved Postoperativ. Flere pasienter opplevde at det var støy fordi det var høy aktivitet med mye pasienter og personell ved Postoperativ. Pasientene beskrev at de følte seg trygge under oppholdet, og det var knyttet til tilgjengelighet og tilstedeværelse av sykepleiere.

Kategorier som presenteres under informasjon ved forflytninger under forløp i sykehuset er: informasjon om forventet forløp, individuelle behov for informasjon.

## 4.5 Informasjon ved forflytninger under forløp i sykehuset

### 4.5.1 Informasjon om forventet forløp

De fleste pasientene sa at de hadde fått informasjon om forløp i sykehuset. Det var sju av pasientene som var innlagt ved pasienthotell før operasjonen. Alle disse ble overflyttet sengepost i sykehuset etter operasjon og opphold ved Postoperativ, og de hadde et opphold ved pasienthotell før utskrivelse hjem eller til rehabiliteringsinstitusjon. Innleggelse både ved pasienthotell før operasjonen og ved sengepost etter operasjonen, gjorde at pasientene hadde to sett av pleiepersonale og postrutiner å forholde seg til. Pasientene var fornøyde med oppholdet ved hotellavdelingen før de skulle utskrives, både at de hadde eget rom og at de lett kunne kontakte helsepersonell hvis det ble behov for det. Alle pasientene visste at de ville befinne seg på en overvåkningsavdeling når de våknet etter operasjonen.

En pasient savnet informasjon om hvor lenge oppholdet ved sengepost og hotellpost ville vare, før utskrivelse.

*”Ja det var kanskje litt diffust hvor lenge jeg fikk være her (hotellpost),...” (r. 6)*

En pasient hadde fått informasjon om hvor lenge det var vanlig å oppholde seg ved Postoperativ avdeling begrunnet med det inngrepet som var planlagt.

*”Ja, de snakket vel litt om det, jo jeg fikk beskjed om at jeg måtte regne med at jeg kanskje kom til å bli liggende to døgn på Postoperativ, og at det ikke er uvanlig med disse operasjonene.” (r. 3)*

#### **4.5.2 Individuelle informasjonsbehov**

Det var en av pasientene som uttrykte engstelse ved overflytting sengepost, og dette kom frem spontant under intervjuet og var ikke spesielt knyttet til behov for informasjon. Utskrivelse fra sykehus ble forbundet med usikkerhet hos en pasient.

*... ”men jeg ville liksom ikke bekymre meg for at jeg skulle bli sendt videre for tidlig...”*

*... ”så jeg prøvde å få bli der litt lenger, jeg syntes det var så koselig der og så betryggende det at jeg hadde en som kunne liksom, som passa på meg da, (...), sånn at du visste hele tiden at det var en som du kunne rope på...” (r. 7)*

*... ”Og jeg føler også nå da som jeg sannsynligvis snart skal hjem at jeg sitter med en del, det der med å reise hjem, og ikke vet mer enn det jeg vet nå, det føler jeg er utrygt.”*

*”Jeg er litt opptatt av at hver og en pasient får noe konkret som er for meg, det må gjerne være henvist til en side, at dette gjelder deg, eller her kan du lese hva du skal spise og et eller annet.” (r. 4)*

#### **4.5.3 Oppsummering av funn om informasjon ved forflytninger**

Pasientene hadde fått informasjon om forløp i sykehuset, men ikke alltid om lengde på opphold ved de enkelte avdelinger. Pasientene var forberedt på et opphold ved Postoperativ, også de som ikke hadde vært operert tidligere. De som ble overflyttet til pasienthotellet før utskrivelse, uttrykte at det føltes trygt fordi det var personell tilgjengelig hvis det var noe de trengte hjelp til eller informasjon om.

---

#### 4.5.4 Refleksjon over forskerrollen

Jeg erfarte at det var lett å gå inn i en terapeutisk rolle hvis pasientene hadde bekymringer som omhandlet andre tema enn det som var fokus i intervjuet. Eksempler på bekymringer var usikkerhet før utskrivelse til hjemmet, engstelse for ikke å få rehabiliteringsplass etter sykehusoppholdet. Dette var tema som var naturlig for pasientene å snakke om, fordi de fleste intervjuene ble gjennomført få dager før utskrivelse. Som forsker skal en være oppmerksom på hva som blir sagt og måten det blir sagt på (Fog, 2004). Men en har allikevel en forpliktelse til å styre samtalen i riktig retning, fordi det er et formål med samtalen (ibid.). Det var naturlig å vise interesse for det som pasientene formidlet, og for å utvise empati for deres livssituasjon. Pasientene hadde alvorlige kreftdiagnoser, og hadde behov for å snakke om både utredningsfasen, og hvordan det ville bli når de ble utskrevet fra sykehuset. Fog (2004) fremhever at å vise empati vil være naturlig i intervjusituasjonen. Empati er å ha evne til å sette seg inn i den andres sted, og å kunne identifisere seg med et annet menneske (ibid.). Å bruke seg selv som forskningsinstrument innebærer at ens følelser kan være både en styrke og en svakhet, og kan påvirke hvordan en får frem data under intervjuet (ibid.).

Foss og Ellefsen (2004) viser i en artikkel til etiske utfordringer ved den makten som ligger i forskerrollen ved kvalitative forskningsintervju, og kritiserer Kvale (2001) for å anbefale en debriefing etter at intervjuet er avsluttet. Forfatterne mener at begrepet debriefing gir assosiasjoner til situasjoner der en opplever store følelsesmessige påkjenninger (Foss og Ellefsen, 2004). Intervjuene ble avsluttet ved at pasientene ble gitt muligheten til å ta opp tema som ikke hadde blitt berørt vedrørende tema preoperativ informasjon. Det ble mer en avrunding på intervjuene enn en debriefing, som Kvale foreslår.

## 5. DISKUSJON AV FUNN

### 5.1 Pasienters rett til informasjon om behandling og prognose

Pasientene som deltok i studien mottok informasjon fra leger og sykepleiere før operasjonen. Samtalene hadde mest preg av informasjon om inngrepet, om narkosen og om rutiner og forløp i sykehuset, og mindre om hva pasientene kunne forvente når de våknet etter operasjonen. Funn fra andre studier viser til lignende resultat der preoperativ informasjon er fokusert på kirurgisk behandling, rutiner og forløp i sykehuset (Blay og Donoghue, 2006; Fagermoen og Hamilton, 2002; Mills og Sullivan, 2000). Funn fra sistnevnte studie viste at kilder for informasjon i hovedsak var kirurg, men også sykepleier, fysioterapeut og medpasienter. I en studie ble både pasienter og kirurger spurt om hva de mente var viktig og nyttig preoperativ informasjon for pasienter (Keulers, Scheltinga, Houterman, Van der Wilt og Spauwen, 2008). Områder for informasjon var om sykdommen, undersøkelser, preoperativ periode, narkose, operasjon, postoperativ fase, egenomsorg og generell informasjon om sykehuset. Resultatene viste at kirurger undervurderer pasienters ønsker om preoperativ informasjon. Pasientene skåret høyere enn kirurgene på de fleste områdene for informasjon, og kvinner viste seg å ha et betydelig høyere informasjonsbehov enn menn. Forskerne fant ingen sammenheng mellom pasientenes ønske om informasjon og pasientenes alder eller størrelse på inngrepet. Kirurgene trodde at pasientene ønsket mer omfattende informasjon om årsak, effekt og prognose for selve sykdommen. Forskerne anbefaler ut fra resultatene i denne og andre studier, at forbedringer må gjøres for å imøtekomme pasienters behov for av preoperativ informasjon (ibid.).

Pasientene som ble intervjuet var innlagt til kirurgi for kolorektal kreft, kreft i spiserør, kreft i bukspyttkjertel og leverkreft. Kirurgi er den kurative behandlingen som tilbys pasienter med disse diagnosene (Johnson et al., 2005; Mala et al., 2001;

Mala og Løtveit, 2001; Søreide et al., 2006). Lovverk stadfester at pasienter har rett til informasjon om behandling og prognose, for å kunne samtykke til behandling, og helsepersonell har plikt til å informere om innhold i helsehjelpen (Lov om pasientrettigheter, 2001; Lov om helsepersonell, 2001). En pasient kunne gjengi innhold i informasjon om inngrepet.

*”Han tegnet opp for meg, (...), jeg hadde overhodet ikke hørt at man kunne gjøre slike ting med magesekken, nærmest fått nytt leie, eller det som er igjen av den.”*

Pasientene ga uttrykk for at de fikk tilstrekkelig informasjon om inngrepet de skulle gjennom, og de hadde stor tillit til det som kirurgen formidlet og var tilfredse med måten informasjonen ble fremført på. Dette er funn som er i tråd med resultat fra en studie utført av Andreassen et al. (2006). Forskerne intervjuet pasienter som hadde diagnosen kreft i spiserør, om hvordan det var å leve med sykdommen og om hvordan de søkte informasjon. Det var legene som var den viktigste kilden for informasjon for pasientene, men familie og venner som hadde medisinsk kunnskap var også viktige kilder. Sykepleiere ble ansett som en verdifull kilde for informasjon, ettersom de hadde mulighet til å hjelpe pasientene med praktiske ting og å gi emosjonell støtte. Forskerne fremhever betydningen av at både kompleksiteten ved sykdommen og pasientenes behov for individuell informasjon, gjorde at de hadde størst tillit til kirurgens informasjon (ibid.).

Andre studier viser til at det er flere faktorer som spiller inn når lege gir informasjon til pasienter med kreftdiagnoser. Loge, Kaasa, Ekeberg, Falkum og Hytten (1996) spurte leger i en randomisert kontrollert studie, om hvilken informasjon de ga kreftpasienter om diagnosen. De fleste legene svarte at de foretrakk fullstendig informasjon om diagnosen, de prioriterte faktainformasjon og de ga samme informasjon til pasienter med samme diagnose (ibid.). Legene som deltok i studien, arbeidet både i og utenfor sykehus. En intervjustudie ble gjennomført av Fröjd, Lampic, Larsson, Birgegård og von Essen (2007), der hensikten var å beskrive hvordan leger vurderte tegn hos pasienter om ønske om informasjon. Resultatene viste at de fleste legene vurderte primært pasienters engstelse for og ønske om

informasjon ut fra det som pasienter uttrykte, hva de spurte om, deres non-verbale signaler, og etter sin egen kunnskap og erfaring som leger (ibid.). Studien ble utført blant leger ved hematologiske og onkologiske avdelinger. Vurdering av pasienters informasjonsbehov ved kirurgiske avdelinger, kan være annerledes enn ved medisinske avdelinger.

## 5.2 Informasjon som ga pasienter håp om å bli frisk

De fleste pasientene uttrykte at kirurgene ga dem informasjon som var positiv, og at det ga dem håp om å bli helbredet for kreft. Det hadde trolig betydning også for hvordan de evnet å ta inn informasjon om forberedelser til operasjon og om det postoperative forløpet. En studie viser til lignende resultat der informasjon om helbredelse etter kirurgi for kreft, anses som viktig for pasienter. Holzer, Gyasi, Schiessel og Rosen (2005) spurte pasienter om deres forventninger til kirurgisk behandling for kolorektal kreft. Resultatene viste at fullstendig helbredelse ble rangert som viktigst, etterfulgt av unngåelse av stomi, og at verken alder, kjønn eller utdanning hadde betydning for denne rangeringen (ibid.). En pasient uttrykte at kirurg ga informasjon som var positiv.

*... ”han (kirurgen) la alle kort på bordet, (...) det var liksom det han sa, ja du har kreft på leveren din, det skal vi fjerne og du blir frisk igjen.”*

Pasientene som deltok i studien var tilfredse med at kirurgisk behandling var en mulighet, og enkelte uttrykte at de ikke hadde behov for å vite mer enn det. De var ulike med hensyn til hva de greide å ta inn av informasjon om inngrep og behandling, og det de fortalte vitnet om at de hadde ulike evner til å mestre det de skulle gjennom. En pasient ønsket ikke å vite hvilke utsikter det var hvis inngrepet ble annerledes enn planlagt. Dette er funn som gir assosiasjoner til det som Lazarus og Folkman (1984) beskriver i teori om problembasert og emosjonelt basert mestring av stressfremkallende hendelser. Lazarus (1999) viser til at en emosjonelt basert mestring er mer anvendbar enn problembasert mestring, hvis en person skal forberedes til operasjon for kreft. Mestring i denne sammenhengen kan innebære at

personen greier å ta inn den faktiske situasjonen eller han kan distansere seg (ibid.). Lazarus (1999) beskriver lettelse og håp som sinnstilstander der lettelsen oppstår når en situasjon snur seg til noe bedre enn en hadde fryktet. Håp er å frykte det verste, men samtidig lengte etter noe bedre (ibid.). En pasient uttrykte det slik:

*... ” det var ikke nødvendig å spørre noe, i og med at dem kunne operere meg, (...) og da ble jeg jo kjempeglad, for da var det liksom et håp.”*

### 5.3 Erfaring fra tidligere operasjoner - en god erfaring?

Pasientene hadde vært gjennom en fase med utredning og ofte tilleggsbehandling før de ble innlagt for kirurgisk behandling. Deres evne til å motta, bearbeide og forstå informasjon kunne være nedsatt i den preoperative fasen, og betinget av engstelse, mangel på krefter, smerter eller ubehag. Studier viser at faktorer som alder, kjønn og erfaring med kirurgi har betydning for pasienters grad av engstelse før operasjoner. Caumo et al. (2001) viste i en studie at gjennomgått tidligere kirurgi reduserte risikoen for engstelse før operasjonen. McDonald et al. (2004) konkluderer ut fra analyse av studier, at preoperativ undervisning har en fordelaktiv effekt for pasienter med mye preoperativ engstelse, spesielt for de pasientene som er dårligst og de som har lite støtte sosialt.

Fire av pasientene som deltok i denne studien hadde tidligere gjennomgått større kirurgi, og de opplevde at de var forberedt på det de skulle gjennom. De hadde alle vært operert for kreft, en hadde ny kreftdiagnose denne gangen. Kreftdiagnose var en faktor som viste seg å øke risikoen for preoperativ engstelse i studien til Caumo et al. (2001).

Pasientene som nylig hadde erfaring med kirurgi, fortalte om både gode og mindre gode erfaringer fra forløpet. En pasient hadde erfart god smertelindring ved forrige inngrep, mens en annen hadde opplevd å være dårlig smertelindret og gruet seg til operasjonen på grunn av det. De som hadde en god erfaring, uttrykte en forventning om at det kom til å gå like bra denne gangen.

Denne type forventning beskriver Bandura (1997) i teori om mestringsforventninger, der tidligere erfaring (med å mestre på samme måte) er en av fire informasjonskilder som en baserer sin mestring på. Ut fra resultater i studie om mestring og livskvalitet etter kreftkirurgi, anbefaler forskerne at det utvikles tiltak for å forbedre pasienters tro på seg selv og deres ferdigheter i mestring (Boehmer, Luszczynska og Schwarzer, 2007). En pasient hadde en god erfaring fra tidligere operasjon.

*... ”at jeg hadde jo ganske gode minner fra kort tid tilbake, det var jo bare snakk om et halvt år siden, at jeg hadde en sånn tilsvarende operasjonsrunde.”*

## 5.4 Informasjon som forberedte pasientene på hendelser i tidlig postoperativ fase

Det var forskjell på hvor forberedt pasientene var på hendelser de ville erfare når de våknet etter operasjonen. Forberedthet kunne være knyttet både til diagnose, fysisk og mental tilstand, og til deres personlighet og evne til å oppfatte informasjon de hadde fått før operasjonen. Det var enkelte av pasientene som beskrev at de fikk informasjon om hva de kunne forvente seg når de våknet etter operasjonen. Denne informasjonen omhandlet at de ville våkne med utstyr som ventrikkelsonde, dren i buk og toraks. Flere av pasientene hadde ønsket mer informasjon om hva de kunne forvente seg tidlig etter operasjonen. Andre studier har vist til lignende resultat. Watts og Brooks (1997) viste i en studie om preoperativ informasjon om hendelser tidlig postoperativt, at pasientene vurderte høyt verdien av informasjon om smerter og smertelindring, og om behandling av kvalme. Pasientene hadde også ønsket informasjon om at de hadde innlagt urinkateter, og at slanger og rør ville være begrensende for aktivitet (ibid.).

Pasientene som deltok i denne studien, uttrykte ikke at de hadde mottatt preoperativ informasjon om håndtering av smerter. De som hadde erfaring med kirurgiske inngrep, hadde kunnskap om smerter og smertelindring. Funn fra andre studier viser at pasienter ønsker informasjon om smerter og smertelindring før operasjoner



(Kvalvaag og Blystad, 2004; Lithner og Zilling, 2000; Niemi-Murola et al., 2007; Watts og Brooks, 1997). Niemi-Murola et al. (2007) gjennomførte studie ved et sykehus der det var vanlig at pasienter fikk preoperativ informasjon om håndtering og måling av smerter, og at pasientene var tilfredse med dette tiltaket. Mange av pasientene opplevde allikevel smerter i løpet av operasjonsdøgnet (ibid.). Resultatene fra Kvalvaag og Blystad (2004) sin studie, viste blant annet at noen pasienter ønsket informasjon om smerter og ubehag, men ikke om alt som kunne være ubehagelig. Andre etterlyste informasjon om komplikasjoner som kunne ramme dem (ibid.). I studie om behov for pre- og postoperativ informasjon, viste resultatene at den informasjonen som var mest etterspurt, var relatert til angstskapende faktorer som smerter og postoperative symptomer (Lithner og Zilling, 2000). I studie utført av Blay og Donoghue (2005), viste resultatene at pasienter som hadde mottatt et individuelt tilpasset undervisningsprogram, erfarte mindre smerter enn pasienter som kun fikk standardisert undervisning. I en annen studie om preoperativ informasjon om smerter, viste resultatene at tiltaket ikke førte til en betydelig reduksjon i postoperative smerter (Parthum, Weinzierl, Grassel og Koppert, 2006). Det var hjertekirurgiske pasienter som deltok i studien. Forskerne konkluderte med at tiltaket allikevel kunne ha en angstreducerende effekt, og dermed som viktig i perioperativ smertebehandling (ibid.).

En pasient var blitt informert om at operasjonen ville medføre enten midlertidig eller permanent utleggelse av tarm.

*... ” enten så fikk jeg utlagt tarm for evig, eller så kunne dem også legge tilbake tarmen, og jeg så jo helst at jeg fikk lagt den tilbake...”*

Dette er funn som er i tråd med resultat fra andre studier. I studie utført av Holzer et al. (2005), viste resultatene at uunngåelse av stomi var rangert som viktig for pasienter som skulle opereres for kolorektal kreft. Pasienter som var operert for kolorektal kreft, var i stor grad fornøyd med preoperativ informasjon om anleggelse av permanent eller varig stomi (Lynch, Hawkes, Steginga, Leggett og Aitken, 2008). De aller fleste fikk informasjon både om at de kom til å ha en stomi etter operasjonen, hvor lenge de måtte ha stomi, og informasjon om hvordan de skulle observere

stomien. Om lag en tredjedel av pasientene (n=332) sa at de ikke hadde hatt møte med stomisykepleier før operasjonen. Forskerne viser til nasjonale retningslinjer der det anbefales at alle pasienter, som kan tenkes å få en stomi etter operasjonen, bør bli tilsett av en stomisykepleier før operasjonen (ibid.).

Pasientene som deltok i denne studien, hadde tilegnet seg informasjon om hendelser på mer tilfeldige måter, for eksempel ved å observere og snakke med andre pasienter. Dette er funn som er kjent fra andre studier (Mills og Sullivan, 2000), og som Album (1996) beskriver i bok om en studie om pasientkulturen i sykehus. Funn fra sistnevnte studie viste at pasienter snakker mye med hverandre i sykehus, og forfatteren viser til at det er flere former for samtaler om sykdom. En form for samtale er historien om sykdommen eller enetalen, en annen type samtale handler om egne erfaringer med å være syk, og det er ofte en pasient med erfaring som snakker til en uten erfaring. Den formen for samtale hadde preg av en dialog, der det ble utvekslet kunnskap, og det var andre pasienter med samme sykdom som var mest ettertraktet som samtalepartnere. I en tredje form for samtale setter pasientene ord på det de kjenner på kroppen, og den fjerde formen handler om truende emner som blir omtalt i underholdende ordelag (ibid.).

## 5.5 Kunnskap om å ivareta egenaktivitet

Pasientene fikk informasjon om det de erfarte og det som ble forventet av dem under oppholdet ved Postoperativ. Det ble gitt informasjon til pasientene etter operasjonen når det ble forventet egenaktivitet, som ved øvelser og mobilisering opp av sengen. De kunne gjengi innhold i informasjon både knyttet til håndtering av smerter og smertelindring, og til egenaktivitet for å forebygge respiratoriske og sirkulatoriske komplikasjoner. Det kunne virke som om pasientene var mer mottakelige for informasjon og veiledning, når de gjorde seg erfaringer etter operasjonen. Deres motivasjon for å lære var sannsynligvis økt etter operasjonen, da de kunne konsentrere seg om det som lå foran dem. Pasienters motivasjon for å lære kan ha

sammenheng med om informasjonen oppleves som relevant og meningsfull eller ikke (Christensen og Jensen, 2002).

Flere av pasientene mente at det var tilstrekkelig med informasjon underveis, når noe skulle skje, men enkelte hadde ønsket preoperativ informasjon for å være bedre forberedt på det som ventet dem. Andre studier viser til lignende funn, som at pasienter har nytte av preoperativ informasjon om egenaktivitet etter operasjonen. Kvalvaag og Blystad (2004) viste i studie at pasientene blant annet hadde preoperativ samtale om postoperative øvelser og aktivitet med fysioterapeut. Pasientene opplevde at informasjon ga dem trygghet, og at de var forberedt på det de skulle gjennomgå (ibid.). Resultat fra en annen studie viste at pasienter ble mer engstelige av preoperativ informasjon. Informasjon om blant annet tidlig postoperativ mobilisering til pasienter med abdominalt aortaaneurysme, var tema i studie av Letterstål et al. (2004). Resultatene viste at de pasientene som fikk detaljert, skriftlig informasjon ble mer engstelige enn de som kun fikk muntlig informasjon. Pasientene hadde ikke mulighet for å diskutere den skriftlige informasjonen med helsepersonell før operasjonen. Forskerne konkluderer med at skriftlig informasjon ikke er tilstrekkelig til denne pasientgruppen, og at det er behov for et mer strukturert opplæringsprogram. De fremhever viktigheten av individuell preoperativ informasjon, og postoperativ støtte for å øke psykisk velvære (ibid.). En pasient uttrykte ønske om preoperativ informasjon om mobilisering.

*”Ja, jeg følte meg jo så elendig, (...), men det gikk bra, men det kunne jeg godt ha fått beskjed om, før den dagen, for å hindre blodpropp og sånn.”*

## 5.6 Kunnskap om håndtering av smerter

Alle pasientene beskrev at de fikk informasjon om smertelindring under oppholdet ved Postoperativ, av sykepleier fra smerteteam. En pasient gjenga den informasjonen som ble gitt om smertebehandling etter operasjonen.

*... ” men at akkurat etter et sånt inngrep som det, nei du skal ikke ha smerter, det er helt unødvendig, kroppen har mer enn nok med å bruke krefter på å bli bra igjen, du skal ikke bruke ekstra krefter på å så fordøye de smertene...”*

Alle pasientene unntatt en, hadde epidural smertelindring etter operasjonen. Enkelte beskrev smerter som et problem både i sammenheng med søvn og hvile, og ved aktivitet.

*... ” det å trekke pusten dypt, det er jo vondt, og jeg greier ikke å sove på siden.”*

Opplevelse av smerter ved aktivitet er funn som også er vist i andre studier. Wong og Arthur (2000) viste i en studie om erfaringer fra intensivopphold, at noen av pasientene opplevde at de hadde moderate til sterke sårsmarter under aktivitet som hoste, mobilisering, fysioterapi. Smerter førte til dårlig søvn og til at pasientene ikke greide å gjennomføre det som ble forventet av dem (ibid.). Dihle, Helseth, Kongsgaard, Paul og Miaskowski (2006) evaluerte postoperativ smertebehandling etter ortopediske operasjoner. Resultatene viste at av 102 pasienter, hadde 53 % en smerteskåre på over fem den femte dagen etter operasjonen. Smerter i den postoperative perioden påvirket pasientenes evner til rehabilitering (ibid.).

Pasientene som hadde dårlig virkning av epidural, fikk andre typer smertelindring når de hadde behov for det.

*... ” de kom jo hele tida og tilbød smertestillende, det er ikke der det ligger, for de spurte, hver halvtime eller liksom sånn...”*

Andre studier viser til lignende resultat om at pasienter som opplever smerter, allikevel er tilfredse med smertebehandlingen de får. I en studie utført av Olsen et al. (2006) om tilfredshet under oppholdet ved oppvåkningsavdelingen, viste resultatene at det var 35 % av pasientene (n=1076) som opplevde å ha smerter. Men 95 % av de som hadde smerter var tilfredse med den smertebehandlingen de fikk, og pasientene var fornøyde fordi de oppga at de fikk smertelindring når de hadde behov for det (ibid.). Det er også vist i studier at pasienter ikke opplever smerter etter operasjoner. Resultater fra en studie om levertransplanterte pasienter, viste at ingen av pasientene

kunne huske at de hadde hatt smerter under oppholdet ved Intensivavdelingen (Barrio et al., 2004).

En pasient som deltok i denne studien, hadde vanskeligheter med å skåre smerter etter en numerisk skala.

*”De har brukt en sånn, på en skala fra 0-10, hvor mye smerte har du, så sier jeg at det er litt vanskelig å vite da for jeg har aldri hatt 10, altså hvor vondt har du da, hvis du har 10.”*

Resultat fra studier viser at det er årsaker til at måling av smerter etter en skala ikke alltid anvendes eller fungerer etter intensjonen. Aubrun, Paqueron, Langeron, Coriat og Riou (2003) undersøkte i observasjonsstudie hvilke typer smerteskalaer som ble brukt i en postoperativ avdeling. Forskerne antok at VAS (visual analog scale) ikke alltid ble brukt, selv om den er ansett som best i smerteskåring, og at en årsak kunne være betinget av pasientenes alder. Resultatene viste at sykepleierne brukte VAS i 53 % av tilfellene (blant 600 pasienter var 16 % = 70 år), og numerisk skala ble brukt i 30 % av tilfellene. I 54 % av smertevurderingene, var årsaken til at VAS ikke ble brukt relatert til pasientene, og i hovedsak til at pasientene hadde for mye smerter (ibid.). Resultater fra andre studier viser at sykepleiere vurderer pasientenes grad av smerter som lavere enn det pasientene selv rapporterer (Ene, Nordberg, Berg, Johansson og Sjøstrøm, 2008; Gunningberg og Idvall, 2007). I sistnevnte studie, var hensikten å undersøke kvaliteten på postoperativ smertebehandling.

Spørreundersøkelsen rettet seg mot både pasienter og sykepleiere ved en generell kirurgisk avdeling og en thorax kirurgisk avdeling, i tillegg ble pasientjournaler gjennomgått. Pasientene ved generell kirurgisk avdeling vurderte sterk smerte høyere enn sykepleierne gjorde (ibid.).

En av pasientene hadde erfaring med smerter fra forrige operasjon, og var opptatt av å formidle dette før denne operasjonen.

*”Ja for det følte jeg var viktig for meg når jeg kom hit og fikk snakket med anestesilege, at den epiduralen skulle virke ordentlig denne gangen.”*

Niemi-Murola et al. (2007) viste til lignende funn om pasienters smerteerfaring i en studie om tilfredshet med postoperativ smertebehandling. Det var 24 % av pasientene (n=102) som hadde ubehagelige erfaringer etter tidligere operasjoner. Pasientene hadde mulighet for å diskutere tema vedrørende tidligere erfaringer, i preoperativ samtale med sykepleiere tilknyttet smerteklinikk og med anestesileger (ibid.).

Gunningberg og Idvall (2007) konkluderte i sin studie med at det er viktig å diskutere hvilken informasjon om smertebehandling pasienter trenger, og hvordan og når den skal gis. De fremhever også det individuelle aspektet når det gjelder pasienter som har en tidligere smerteerfaring (ibid.).

Det var to av fire kvinner i utvalget som uttrykte at den epidurale smertelindringen virket dårlig, og alle fem mennene i utvalget beskrev at de var godt smertelindret etter operasjonen. Dette er funn som også er vist i andre studier. Bernardes, Keogh og Lima (2008) viser i litteraturoversikt til studier om temaet smerter og forskjeller mellom kjønn. De viser til resultater der kvinner rapporterer at de har mer smerter enn menn, og forskerne mener at det er både biologiske, psykologiske og situasjonsbestemte årsaker til dette (ibid.).

## 5.7 Kunnskap om miljøfaktorer

Pasientene opplevde at sykepleierne var tilstede for dem og at det var lett å få hjelp, under oppholdet ved Postoperativ. Flere av pasientene var overrasket over at det var så stor tilgjengelighet av sykepleiere, og de følte seg trygge under oppholdet. En pasient uttrykte det slik:

*... ” det var trygt, ja det er jo det viktigste, jeg følte at jeg ble tatt vare på der.”*

Det er flere studier som viser til lignende resultat der pasienter opplevde trygghet under intensivoppholdet og at det var tilgjengelighet av sykepleiere. Watts og Brooks (1997) viste til at pasienter ønsket informasjon om at det var høy sykepleierbemanning ved Intensivavdelingen der de skulle oppholde seg tidlig

postoperativt. Pasienter som fikk en preoperativ visitt og omvisning i Intensivavdelingen, uttrykte at de ikke ble engstelige av omgivelsene, men at de følte seg trygge fordi det var tilstedeværelse av leger og sykepleiere og overvåkning ved hjelp av monitorer (Wong og Arthur, 2000). Resultater fra analyse av studier (Stein-Parbury og McKinley, 2000) viste at pasientene følte seg trygge under opphold ved intensivavdelinger. Det var tilgjengelighet av personell og en tro på personalets kompetanse som gjorde at pasientene opplevde trygghet (ibid.).

Flere pasienter som ble intervjuet i denne studien opplevde at det var støy under oppholdet ved Postoperativ, og at det var knyttet til mange innlagte pasienter og mye personell. De pasientene som hadde lengst opphold ved avdelingen, hadde erfaringer som forvirringstilstand og søvnproblem. Studier om pasientopplevelser fra intensivopphold viser til lignende funn. Stein-Parbury og McKinley (2000) viste i en litteraturstudie at søvnproblemene blant annet var knyttet til støy fra aktivitet ved intensivavdelingen, problemer med å finne en komfortabel stilling i sengen, og til personalets samtaler. Resultat fra analysen av studier viste at pasienter opplevde forvirringstilstander, og at de også var i stand til å beskrive at de hadde mareritt og hallusinasjoner (ibid.). I Olsen et al. (2006) sin studie, var det et fåtall av pasientene som var plaget av støy. De som opplevde støy, relaterte det til andre pasienter og deres pårørende, og til personalets private samtaler. Pasientene var fornøyde med at sykepleierne var tilstede hos pasientene, og følte seg vel ved å bli flyttet fra avdelingen (ibid.). Barrio et al. (2004) viste til resultater der pasientene opplevde ubehag ved følelse av tørste, varmen (isolert i enerom), problemer med søvn og begrenset evne til å bevege seg pga. invasivt utstyr. Enkelte ble bekymret ved å se andre intensivpasienter som var innlagt i avdelingen (ibid.).

En pasient opplevde forvirring og hadde problemer med hukommelsen, og var lettet over å høre at det var normalt etter større operasjoner.

*... ”og det var godt å høre sa jeg for nå trodde jeg virkelig at jeg hadde blitt helt rar, nei sa han det er helt vanlig...”*

Dette er funn som kan relateres til endret kognitiv funksjon postoperativt. Analyse av studier viste at pasienter har svekket kognitiv funksjon etter store operasjoner (Rasmussen, 2006). Postoperativ kognitiv dysfunksjon (POCD) opptrer som nedsatt hukommelse og konsentrasjonsproblemer i uker og måneder etter kirurgi. Risikoen øker med alder, og med type kirurgi, og opptrer hyppigst ved hjertekirurgi, men også ved annen større kirurgi (ibid.).

Informasjon om mulighet for kontakt med nære pårørende under oppholdet, ble uttrykt av en pasient i denne studien. Studier viser til lignende resultat, der pasienter har ulike behov for støtte fra nær familie når de er innlagt i postoperativ- og intensivavdelinger. Olsen et al. (2006) viste til resultater der ca en fjerdedel av pasientene (n=1076) hadde besøk når de oppholdt seg ved oppvåkningsavdelingen. Det var flere kvinner enn menn som ønsket besøk, og flere yngre enn eldre hadde dette behovet (ibid.). I studie utført av Hupcey (2001), ble 30 intensivpasienter intervjuet om betydningen av sosial støtte under oppholdet ved intensivavdeling. Pasientene var innlagt ved medisinsk eller kirurgisk intensivavdeling. Resultatene viste at de sykeste pasientene kun ønsket å ha besøk av en nær pårørende, og oftest var dette ektefelle eller annen nær person som barn eller nær venn. Når pasientene ble mer stabile, hadde de glede av besøk fra andre familiemedlemmer og venner. Sykepleierne rangerte mengden av telefonsamtaler og antall besøkende som uttrykk for sosial støtte. Pasientene vurderte ikke antallet av besøkende som viktig, spesielt når de var mest syke (ibid.).

## 5.8 Informasjon ved forflytninger under forløpet

Alle pasientene fikk informasjon om forløp i sykehuset, og at de ville få et opphold ved Postoperativ etter operasjonen. En av pasientene opplevde utrygghet ved overflytting til sengepost. Dette er funn som er i tråd med resultat fra andre studier, som viser at pasienter opplever engstelse ved overflytting fra intensivavdelinger. I en studie utført av Strahan og Brown (2005) ble 10 pasienter intervjuet om deres erfaringer fra intensivavdelingen etter overflytting til sengepost. Hensikten med



studien var å få innsikt i pasienters erfaringer ved å bli overflyttet fra Intensivavdeling, for å kunne planlegge pleien på en best mulig måte. Pasientene var både innlagt akutt og etter elektiv kirurgi. Et tema som ble belyst var hvorvidt pasientene følte at de var forberedt på overflyttingen fra intensivavdelingen. Resultatene viste blant annet at temaene som fremkom var manglende kommunikasjon om og forberedelse til overflyttingen (ibid.). I en annen studie ble sju pasienter intervjuet om deres erfaringer og informasjonsbehov ved overflytting til sengepost (Høgghaug og Fagermoen, 2007). Resultatene viste blant annet at pasientene følte seg trygge i intensivavdelingen, utrygge ved overflytting til post, og at de manglet informasjon under hele forløpet (ibid.). Resultater fra Barrio et al. (2004) sin studie, viste til andre resultat der pasientene hadde god erfaring med flytting til sengepost, fordi det innebar at de hadde en god progresjon etter operasjonen og at de fikk større frihet. Deltakerne i studien var nyretransplanterte pasienter, og erfaringene de hadde må ses i sammenheng med diagnosen og kan være ulike fra andre pasientgruppers erfaringer.

Det var en av pasientene som deltok i denne studien som følte seg usikker og savnet informasjon før utskrivelse fra sykehuset.

*”Ja for her gjør dere jobben og det er ditt ansvar og ikke mitt, men når jeg kommer hjem så er det jeg som skal passe på at alt går bra.”*

Dette er funn som er kjent fra andre studier etter kreftkirurgi. Hughes, Hodgson, Muller, Robinson og McCorkle (2000) beskrev eldre pasienters informasjonsbehov etter kreftkirurgi. Resultatene etter analyse av intervju viste at tema for informasjon var instruksjon i hvordan ivareta egenomsorg, råd i forhold til symptomhåndtering, hvordan leve med sykdommen, diskutere psykologiske reaksjoner, og forberede pasient og familie. Tema inkluderte også å beskrive forventet forløp av sykdommen, informere kommunale tjenester, identifisere hendelser som krevde rapportering til lege, og råd om håndtering av smerter (ibid.). Olsson, Bergbom og Bosaeus (2002) intervjuet pasienter tre måneder etter gjennomgått gastrointestinal kreftkirurgi. Funn fra studien viste blant annet at enkelte pasienter savnet noen å snakke med om sykdommen, om følelser, og om hva de kunne forvente seg etter operasjonen. Flere

pasienter hadde ønsket å snakke mer med lege, men de opplevde at legene hadde for lite tid til informasjon. Enkelte hadde blitt informert om at de kunne ringe sykepleier ved sykehusavdelingen hvis de trengte hjelp til noe (ibid.).

Ønske om informasjon ved utskrivelse fra sykehus er også vist i andre studier (Jacobs, 2000; Kvalvaag og Blystad, 2004; Lithner og Zilling, 2000). Fagermoen og Hamilton (2002) viste i en studie at pasienter fikk mer informasjon under sykehusoppholdet enn før innleggelsen, og at informasjon om hva de forventet seg ved utskrivelse fra sykehus var mangelfull. Pasientene var generelt fornøyd med sykepleiernes tilnærming til deres informasjonsbehov under sykehusoppholdet (ibid.).

## 5.9 Når ble det gitt informasjon til pasientene?

Pasientene fikk muntlig informasjon om forberedelser til operasjonen av sykepleiere og anestesileger, dagen før operasjonen. Tidspunkt for samtalen med kirurgen som skulle utføre inngrepet, kunne variere fra en til flere dager før operasjonen.

Informasjon om det aktuelle kirurgiske inngrepet og poliklinisk oppfølging etterpå, var tilgjengelig på avdelingens Internet side. Enkelte pasienter hadde blitt innkalt til samtale med kirurg en tid før innleggelsen, for å informere om kirurgi som behandlingsalternativ. En pasient uttrykte det slik:

*”Ja de samtalene jeg hadde dagen i forveien, når jeg kom hit, det var anestesilege og sykepleier, her på hotellet, og kirurgen.”*

Funn fra andre studier viser at pasienter får både muntlig og skriftlig informasjon før operasjoner. Et av temaene som ble belyst i studien til Johansson et al. (2003), var hvordan pasienter rangerte innhold, metoder, tid og sted for informasjon. De fleste pasientene hadde vært innlagt for elektiv kirurgi, og resultatene viste at det meste av informasjonen ble utført ved personlig fremmøte og besto av skriftlig informasjon. Pasienter som var innlagt ved sengeposter mottok ofte undervisning i form av demonstrasjon eller praksisundervisning (ibid.)

---

## 5.10 Metodiske refleksjoner

### 5.10.1 Rekruttering og datainnsamling

Det var intervju som ble vurdert som den beste metoden for å få frem data om pasienters erfaring med preoperativ informasjon. Inklusjonskriteriene søkte å få en bredde i utvalget for å gi økte teoretiske muligheter i analysen og i diskusjonen av funn. Valg av deltakere med ulike erfaringer øker muligheten til å belyse forskningsspørsmål fra mange sider, og det øker troverdigheten på data (Graneheim og Lundman, 2004). Det var ni av 12 pasienter som samtykket til å delta i studien. To av de som ikke ønsket å delta, var utskrivningsklare da de ble forespurt. Den tredje pasienten var interessert, men ønsket ikke å delta etter å ha lest den skriftlige informasjonen. Denne pasienten hadde gjennomført et stort inngrep, og var medtatt etter operasjonen.

Pasientene som ble rekruttert til studien var personer som virket optimistiske, og hadde evne og vilje til å snakke om sykdommen, og til å beskrive sine erfaringer med informasjon knyttet til forløpet. Enkelte spurte om de måtte skrive noe selv, og ble lettet da de forsto at det var intervju og at båndopptaker skulle benyttes. I flere studier om preoperativ informasjon som det tidligere er henvist til, er tilfredshet med informasjon et resultatmål. Lian (2005) viser i bokkapittel om utfordringer i studier av pasienttilfredshet, til at pasienter uttrykker mer tilfredshet med helsetjenester når det blir benyttet spørreskjema, enn når det blir benyttet intervju. Forfatteren mener at kvantitative og kvalitative data til sammen kan vise ulike aspekter ved pasienters opplevelse av tjenester (ibid.). De fleste pasientene var blitt informert om at jeg arbeidet ved sykehuset, enkelte visste at jeg var ansatt ved Postoperativ avdeling. Det kunne i sin tur bidra til noen av de svarene jeg fikk under intervjuene.

Anvendelse av uttrykket ”å få informasjon”, var for noen pasienter forbundet med noe annet enn ”å få vite”. Det første spørsmålet i intervjuguiden; hva fikk du informasjon om før operasjonen, fikk i første omgang frem informasjon gitt av onkologer og kirurger. Når spørsmålene ble mer snevre i forhold til hendelser under

postoperativt opphold, kom det frem at de hadde fått informasjon også av annet helsepersonell og hadde tilegnet seg kunnskap på andre måter. Fog (2004) viser til at forskere kan ha en tendens til å spørre for abstrakt, at en anvender et kodespråk som en er fortrolig med. Det kan ha betydning for hvilket empirisk materiale en sitter med etter intervjuene (ibid.).

Det var forskjeller med hensyn til pasientenes evne til å huske om informasjon var gitt før eller etter operasjonen. Rasmussen (2006) viser i artikkel til studier som har dokumentert postoperativ kognitiv dysfunksjon. Tilstanden er en svekkelse av kognitiv funksjon i uker og måneder etter kirurgi, og opptrer som nedsatt hukommelse og konsentrasjonsproblemer (ibid.). De pasientene som hadde et opphold ved Postoperativ på to døgn eller mer, var i stand til å gjenkalle flere erfaringer fra oppholdet og informasjon tilknyttet erfaringene, enn de som hadde et døgn opphold. Pasientene som ble intervjuet i studien til Robert et al. (2007), hadde mer enn tre døgn opphold ved intensivavdelingen. Flesteparten av pasientene som deltok i studien husket hendelser fra oppholdet (ibid.). Pasientene som ble intervjuet i denne studien, hadde en gjennomsnittlig alder på 65 år. Under kartlegging av bakgrunnsdata ble det ikke spurt om pasientenes utdanningsnivå. Forutsetninger for læring kan blant annet knyttes til alder, kjønn og utdanning (Christensen og Jensen, 2002). Det er kjent fra studier at utdanningsnivå har betydning for preoperativ engstelse (Caumo et al., 2001).

Under intervjuene ble hovedfokus om preoperativ informasjon om hendelser, forskjøvet til postoperativ informasjon. Pasientene sa at de ikke fikk mye preoperativ informasjon om hendelser, men også at de ikke oppfattet alt innholdet i informasjonen de fikk. Økt hukommelse for mottatt preoperativ informasjon, kan være knyttet til elementer som form og tidspunkt for informasjon (Blay og Donoghue, 2005; Stern og Lockwood, 2005). Pasientene hadde alvorlige kreftdiagnoser og de sto foran store operasjoner. Det var trolig lettere å oppfatte og konsentrere seg om informasjon de fikk etter operasjonen. En pasient følte lettelse over at operasjonen var over, og uttrykte det slik:

---

*... ”men det rare var at når jeg våkna da så, da var det akkurat som det var snudd på hodet, da tenkte jeg at, jøss nå er jeg ferdig med det, nå skal det bare gå oppover, så det skjedde noe psykisk...”*

### 5.10.2 Datamaterialet

Intervjuene varte i om lag en halv time, og hadde preg av relativt høy grad av struktur. Jeg erfarte at jeg etter hvert greide å fristille meg mer fra intervjuguiden, og i større grad å følge opp de svarene jeg fikk. Jeg opplevde at min kompetanse til å intervju ble bedre fra det første til det siste intervjuet. Forskerens kvalifikasjoner, trening i og erfaring med å intervju er viktig, da forsker ofte er den som både samler og analyserer data (Graneheim og Lundman, 2004). I tolkningen av data vil forskeren nødvendigvis tilføye spesielle perspektiv ut fra egen bakgrunn, og må balansere det med å la teksten snakke for seg selv uten å legge til en spesiell mening (ibid.).

Intervjuene ga mulighet for å spørre pasientene mer inngående, da de fleste hadde problemer med å huske om de hadde fått informasjon før eller etter operasjonen, og enkelte hadde problemer med å huske innholdet i informasjon de hadde fått. Under intervjuene ble pasientene minnet på den informasjon de hadde mottatt, og husket mer både med hensyn til innhold i og kilde for informasjon.

Analysen av data var vanskelig fordi pasientenes utsagn/uttalelser varierte, og det var ulik kvalitet på intervjuene. I presentasjonen av funn har jeg prøvd å trekke ut likheter og vise til forskjeller i datamaterialet. Kvale (2001) anbefaler at det vises en balanse mellom sitat og tekst i et kapittel, og at sitat ikke bør utgjøre mer enn halvparten av teksten. Det er en utfordring i å redusere data i kvalitativ forskning (Polit og Beck, 2004). Forskeren må både balansere behovet for å være konsis med å opprettholde rikholdighet og det åpenbare ved data (ibid.). Graneheim og Lundman (2004) gir en oversikt over og diskuterer bruk av begreper og prosedyrer i en artikkel om kvalitativ innholdsanalyse. De fremhever at en kondensering av data er et bedre begrep enn reduksjon av data, da å kondensere refererer til en prosess som innebærer at kjernen i innholdet består (ibid.). I studier med etnografisk design, søker en mest mulig rike beskrivelser av data (Heggen og Fjell, 2006). I analysen er en opptatt av å finne frem

til det som er betydningsfullt i materialet, og det kan være det typiske eller som står i spesielle sammenhenger til hverandre, eller det kan være viktig fordi det har en teoretisk interesse (ibid.).

De resultatene som er fremkommet i denne studien, er knyttet til de aktuelle pasientene som ble intervjuet og til den konteksten som de var en del av. Resultater fra kvalitative studier kan ifølge Kvale (2001), overføres til lignende pasientgrupper og situasjoner, hvis resultatene kan bekreftes i annen litteratur, og hvis valg i hele forskningsprosessen er dokumentert. Graneheim og Lundman (2004) fremhever at forfattere kan komme med forslag om overførbarhet av funn, men at det er leseren som må avgjøre hvorvidt funn er overførbare til andre kontekster. For å fremme overførbarhet av funn, er det nødvendig å gi en tydelig beskrivelse av kultur og kontekst, utvelgelse og karakteristika av deltakerne, og av analyseprosessen. En bred og omfangsrik presentasjon av funn sammen med passende sitat, vil også øke overførbarheten (ibid.).

I diskusjonskapitlet er funn som belyser studiens forskningsspørsmål, sammenholdt med resultat fra andre studier og annen relevant litteratur. Funn fra studien gjorde at det ble en dreining i fokus fra preoperativ til postoperativ informasjon, da pasientene ikke mottok mye preoperativ informasjon om hendelser i tidlig postoperativ fase. Dette vises også i diskusjonen av funnene. Det er redegjort for prosessen med rekruttering, datainnsamling og analyse av datamaterialet i metodekapittel, mens i dette kapitlet blir valg som er tatt reflektert over og sett i lys av aktuell metodelitteratur.

## 6. KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Studiens tema er informasjon før operasjoner, og pasientgruppen som ble intervjuet var innlagt til planlagt kirurgi for kreft. Problemstillingen var: Hvilke erfaringer har pasienter med preoperativ informasjon om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Spørsmål som skulle belyse problemstillingen var: Hvilken informasjon fikk pasientene om hendelser de kom til å oppleve når de våknet etter operasjonen? Hvilke erfaringer hadde de fra oppholdet? Hvilken informasjon hjalp pasientene til å utføre øvelser og til å ivareta egenaktivitet tidlig postoperativt? Når mottok pasientene informasjon og hvem var kilder for informasjon? Hensikten med studien var å beskrive pasienters erfaringer med informasjon før operasjonen.

Hovedinntrykket etter analyse av funnene er at de fleste pasientene fikk informasjon om hendelser de kom til å oppleve, etter operasjonen under oppholdet ved Postoperativ. De fikk informasjon når de erfarte noe, eller når det ble forventet noe av dem. Eksempler på hendelser var smerter og smertelindring og aktiviteter som hosteøvelser og å stå opp av sengen. Erfaring med større kirurgi var en faktor som hadde betydning for pasientenes behov for informasjon før operasjonen. Enkelte av pasientene beskrev at de fikk informasjon om hendelser før operasjonen. Opplevelse av trygghet i betydningen tilstedeværelse og tilgjengelighet av sykepleiere, ble trukket frem som en positiv erfaring fra oppholdet ved Postoperativ. Pasienter beskrev at de hadde hatt smerter under oppholdet, og at det var forbundet med dårlig virkning av epidural smertelindring, og ikke at de fikk for lite smertestillende medikamenter som opiat. Pasientene hadde mottatt mye informasjon både før og under sykehusoppholdet. De beskrev innhold i informasjon de hadde fått når den var knyttet til en kilde. Eksempler var informasjon fra operatør om innlagt dren i thorax etter operasjonen, informasjon om epidural smertebehandling med sykepleier fra smerteklinikk, og informasjon om øvelser og egenaktivitet med fysioterapeut. Pasientene som ble intervjuet i denne studien, hadde fått muntlig informasjon om operasjonen og om forberedelser til operasjon. Ingen av pasientene oppga at de hadde

fått noen form for skriftlig preoperativ informasjon. De hadde fått tilsendt informasjonsbrosjyre om innleggelse for operasjon, og informasjon om inngrep og oppfølging etterpå var tilgjengelig på avdelingens Internet side. Informasjon om forberedelser ble oftest gitt dagen før operasjonen. Pasientene fikk ingen form for preoperativ informasjon av spesialsykepleiere fra operasjonsavdeling, anestesivdeling eller fra postoperativ avdeling. Resultater fra denne studien kan bidra til økt kunnskap om pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om hendelser i det tidlige postoperative forløpet.

## 6.1 Anbefalinger for klinisk praksis

Funn fra denne studien viste at pasientene fikk lite informasjon om hendelser i tidlig postoperativ fase, men de uttrykte også at de hadde fått mye informasjon og at det var vanskelig å oppfatte alt innholdet. Sykepleieres informasjon ble relatert til rutinemessig informasjon ved innleggelse og praktiske forberedelser før operasjon. Kirurgens informasjon var i hovedsak knyttet til informasjon om inngrepet, og noe til hva pasientene kunne forvente seg etter operasjonen. Den sykehusavdelingen som undersøkelsen er foretatt på, har retningslinjer for forberedelse av pasienter til operasjoner. Retningslinjene inneholder blant annet informasjon om hva pasienter kan forvente seg i den tidlige postoperative fasen. I retningslinjene vises det til at pasienter som skal foreta store inngrep pga. kreft i spiserør og bukspyttkjertel, bør tilbys en omvisning ved Postoperativ avdeling. Ingen av pasientene som deltok i denne studien hadde vært på denne type omvisning. En anbefaling for praksis er at tilbud om omvisning opprettholdes til disse pasientgruppene, og til pasienter som ikke har tidligere erfaring med større kirurgiske inngrep.

Pasienter som ikke hadde erfaring med kirurgiske inngrep, var mindre forberedt på det som ventet dem enn de som hadde erfaring. En anbefaling for praksis er at sykepleier kartlegger individuelle behov for en preoperativ samtale. Et eksempel på innhold er informasjon om hva pasienter kan forvente seg av symptomer og hendelser tidlig etter operasjonen, og hvordan de best kan håndtere dette.



Funn fra denne studien viste at enkelte pasienter beskrev at de hadde noe kunnskap om håndtering av postoperative smerter, og om at det var viktig å stå opp av sengen fortest mulig etter operasjonen. En anbefaling for praksis er at informasjon kan inneholde en veiledning i hvordan utføre øvelser og ivareta egenaktivitet for å forebygge komplikasjoner etter operasjonen, og sammenholdt med betydningen av flere metoder for smertelindring. Skriftlig informasjonen med dette innholdet kan være et utgangspunkt for en preoperativ samtale, der det gis mulighet for utdypning av informasjonen.

Forskere gir anbefalinger ut fra resultater fra studier om preoperativ informasjon (Fagermoen, 2001; Havik, 1989). Havik (1989) beskriver at opplæringsprogram for pasienter som skal gjennomgå operative inngrep vanligvis vil omfatte forberedende informasjon angående prosedyrer (når og hvor noe skal skje), sansninger (smerter eller ubehag etter kirurgi) og opplæring i mestringsferdigheter (instruksjon i pusteteknikker). Devine (1992) anbefaler ut fra resultatene i metaanalyse, at spesielle tiltak for å forberede pasienter før operasjon bør gjennomføres i praksis, men at også vanlig, standard praksis har rom for forbedringer. Resultat fra litteraturoversikt (Stern og Lockwood, 2005) støtter bruken av informasjonsbrosjyrer for å informere pasienter og for å forbedre evne til aktiviteter. Brosjyrer som ble gitt pasientene før innleggelse i sykehus, var mer effektive enn hvis de fikk dem etter innleggelse (ibid.).

## 6.2 Anbefalinger for fagutvikling og forskning

Funn fra denne studien og sammenholdt med resultater fra annen forskning, kan gi et kunnskapsgrunnlag for utarbeidelse av retningslinjer for preoperativ informasjon ved sengeposter og ved spesialavdelinger. Forfattere kaller det en instrumentell anvendelse av forskning, når konkrete forskningsresultat blir brukt i sykepleieutøvelsen (Estabrooks, 1998; Polit og Beck, 2004). Forskningsresultat bør danne grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer og standarder, for å fremme en forskningsbasert praksis (Estabrooks, 1998).

Pasientene som deltok i denne studien fikk ikke informasjon før operasjonen fra personell ved spesialavdelingene med unntak av samtale med anestesilege. En anbefaling for fagutvikling er at helsepersonell ved spesialavdelingene og ved sengepostene bør samarbeide om innhold og form for pasientinformasjon i den preoperative fasen, både som standardisert og som individuelt tilpasset informasjon.

Stern og Lockwood (2005) gir anbefalinger ut fra litteraturstudie, og fremhever at det er lite forskning som evaluerer om informasjon i brosjyrer gitt preoperativt, har innvirkning på pasienters evne til å utføre øvelser, tiden det tar å lære seg øvelser, eller deres kunnskap om pre- og postoperativ periode. Forskerne anbefaler at det er behov for å undersøke effekten av brosjyrer til pasientgrupper med ulike diagnoser (ibid.).

Funn fra denne studien viste at pasientene ikke fikk mye preoperativ informasjon om hendelser i den tidlige postoperative fasen, og at flere pasienter ønsket å være mer forberedt på det som ventet dem. Enkelte uttrykte at de hadde hatt behov for informasjon om aktivitet og hvorfor dette var viktig, før de gjorde seg erfaringer. En anbefaling for forskning er å undersøke om skriftlig preoperativ informasjon med beskrivelse av øvelser og egenaktivitet, har betydning for pasienters evne til å utføre denne type ferdigheter postoperativt.

Anbefalinger for praksis, fagutvikling og forskning er gjort ut fra denne studiens funn, og ut fra anbefalinger fra annen forskning om preoperativ informasjon.

## Kildeliste

- Album, D. (1996). *Nære fremmede – pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano AS.
- Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57 (5), 552-558. DOI: 10.1111/j.1362648.2006.04156.x
- Alvesson, M., Sköldbberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andreassen, S., Randers, I., Näslund, E., Stockeld, D., Mattiasson, A. (2006). Patients' experiences of living with oesophageal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 685-695.
- Aubrun, F., Paqueron, X., Langeron, O., Coriat, P., Riou, B. (2003). What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit? *European Journal of Anaesthesiology*, 20 (9), 745-9.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Barrio, M., Lacunza, M., Armendariz, C., Margall, A., Asiain, C. (2004). Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 967-976.
- Bernandes, F., Keogh, E., Lima, ML. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. *European Journal of Pain*, 12, 427-440.
- Blay, N., Donoghue, J. (2006). Source and content of health information for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 64-70.

- Blay, N., Donoghue, J. (2005). The effect of pre-admission education on domiciliary recovery following laparoscopic cholecystectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22 (4), 14-19.
- Blystad, A. (2005). Noen tanker om positivisme i kvalitativ forskning. I Foss, C., Ellefsen, B. (red.). *Helsetjenesteforskning*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Boehmer, S., Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2007). Coping and quality of life after tumor surgery: Personal and social resources promote different domains of quality of life. *Anxiety, Stress, and Coping*, 20 (1), 61-75.
- Bottomly, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *European Journal of Cancer Care*, 7, 181-191.
- Bunch, EH. (2006). Etnografi – den klassiske metoden. I Lorensen, M. (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. *Forskningsmetode i sykepleie og andre helsefag* (s. 91-115). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Caumo, W. Schmidt, AP., Schneider, CN., Bergmann, J., Iwamoto, CW., Bandeira, D., Ferreira, MBC. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 298-307.
- Cornock, M. (1998). Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 518-527.
- Christensen, SL., Jensen, BH. (2002). *Pedagogikk og pasientutdanning*. Norsk utgave. Oslo: Akribe Forlag.
- Devine, E. (1992). Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies. *Patient Education and Counselling*, 19, 129-142.
- Dihle, A., Helseth, S., Kongsgaard, UE., Paul, SM., Miaskowski, C. (2006). Using the american pain society's patient outcome questionnaire to evaluate the quality of postoperative pain management in a sample of Norwegian patients. *Journal of Pain*, 7 (4), 272-80.

- 
- Dumas, RG, Leonard, RC. (1963). The effect of nursing on the incidence of postoperative vomiting. *Nursing Research*, 12 (1), 12-15.
- Ene, KW, Norberg, G., Bergh, I., Johansson, FG, Sjøstrøm, B. (2008). Postoperative pain management – the influence of surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (15), 2042-50.
- Estabrooks, C. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30 (1), 15-36.
- Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden (2003).  
<http://www.vardinorden.org/ssn/etikk/>
- Fagermoen, MS. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I Almås H. (red.). *Klinisk Sykepleie*. (s. 13-30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fagermoen, MS., Hamilton, G. (2002). Urological patients' perceptions of nurses' information before and after surgery. *Vård i Norden*, 4, 38-43.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk forlag A/S.
- Foss, C., Ellefsen, B. (2004). De utydelige overtramp? Etiske utfordringer ved kvalitative studier. *Vård i Norden*, 3 (24), 48-51.
- Fröjd, C., Lampic, C., Larsson, G., Birgegård, G., von Essen, L. (2007). Patients attitudes, behaviours, and other factors considered by doctors when estimating cancer patients' anxiety and desire for information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 523-529.
- Graneheim, UH, Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Oslo: Fagbokforlaget, Vigmostad & Bjørke AS.

Gunningberg, L., Idvall, E. (2007). The quality of postoperative pain management from the perspectives of patients, nurses and patient records. *Journal of Nursing Management*, 15, 756-766.

Halkier, B. (2003). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Hathaway, D. (1986). Effect of pre-operative instruction on post-operative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research*, 35 (5), 269-275.

Havik, O. (1989). En generell modell for psykologiske reaksjoner ved somatisk sykdom. *Nordisk Psykologi*, 3, 161-176.

Heggen, K., Fjell, T. I. (2006). Etnografi. I Lorensen, M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetode i sykepleie og andre helsefag* (s. 66-90). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holzer, B., Gyasi, A., Schiessel, R., Rosen, HR. (2005). Patients' expectations of colorectal surgery for cancer. *Colorectal Disease*, 8, 186-191.

Hughes, LC., Hodgson, NA., Muller, P., Robinson, LA., McCorkle, R. (2000). Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*, 32 (1), 25-30.

Hughes, S. (2002). The effects of giving patients pre-operative information. *Nursing Standard*, 16 (28), 33-37.

Hupcey, JE. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17, 206-212.

Høghaug, G., Fagermoen, MS. (2007). Overflytting fra intensivavdelingen til sengepost. Pasienters erfaringer og informasjonsbehov. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 3, 3-14.

ICN etiske regler. <http://www.icn.ch/icncodenorwegian>

- 
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13 (1), 12-18.
- Jakobsen, VH., Fagermoen, MS. (2005). Operasjonsavdelingens omgivelser og deres betydning for preoperativ angst. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 4, 6-16.
- Johansson, K., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., Lehtikunnas, T., Ahonen, P., Elomaa, L., Salmela, M. (2003). Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51 (3) 239-245.
- Johnson, E., Gjerlaug, BE., Holch-Steen, A., Johannesen, HO., Carlsen, E., Enden, T., Noreng, HJ., Drolsum, A. (2005) Kirurgi og stenting for cancer oesophagi. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125 (3), 286-8.
- Jones, C., Griffiths RD., Humpris, G., Skirrow, PM. (2001). Memory, delusions, and development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29 (3), 573-80.
- Keulers, BJ., Scheltinga, MRM., Houtermans, S., Van Der Wilt, GJ., Spauwen, PHM. (2008). Surgeons underestimate their patients' desire for preoperative information. *World Journal of Surgery*, 32; 964-970. DOI 10.1007/s00268-008-9581-1.
- Kjøllestad, A., Moesmand, AM. (2004). *Den akutt kritisk syke pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knizek, BL. (2006). Interview – design og perspektiv. I Lorensen, M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetode i sykepleie og andre helsefag* (s. 33-64). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitative intervju*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvalvaag BG., Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. *Vård i Norden*, 4 (24), 4-8.

Lazarus, RS., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.

Lazarus, RS. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk forlag.

Letterstål, A., Sandstrøm, V., Olofsson, P., Forsberg, C. (2004). Postoperative mobilization of patients with abdominal aortic aneurysm. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (6), 560-8.

Lian, O. (2005). Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. I Foss, C., Ellefsen, B. (red.). *Helsetjenesteforskning* (s. 141-155). Oslo: Universitetsforlaget.

Lithner, M., Zilling, T. (2000). Pre- and postoperative information needs. Patient *Education and Counseling*, 40, 29-37.

Loge, JH., Kaasa, S., Ekeberg, Ø., Falkum, E., Hytten, K. (1996). Attitudes toward informing the cancer patient – a survey of Norwegian physicians. *European Journal of Cancer*, 32A (8), 1344-8.

Lov om helsepersonell (2001). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Lov om pasientrettigheter (2001). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Lov om spesialisthelsetjenesten (2001). <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>

Lund, T. (2005). The qualitative-quantitative distinction: some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49 (2), 115-132.



- 
- Lynch., BM., Hawkes, AL., Steginga, SK., Leggett, B., Aitken, JF. (2008). Stoma surgery for colorectal cancer. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35 (4), 424-428.
- Mala, T., Bergan, A., Edwin, B., Gladhaug, I., Mathisen, Ø. (2001). Leverreseksjon – indikasjoner og resultater. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121 (21), 2476-80.
- Mala, T., Løtveit, T. (2001). Kirurgisk behandling av kreft i spiserøret. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 121 (24), 285-7.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 41-49.
- McDonald, S., Hetrick, S., Green, S. (2004). Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD003626. Pub2. DOI:10.1002/14651858.
- Mills, M., Sullivan, K. (2000). Patients with operable oesophageal cancer: their experience of information-giving in a regional thoracic unit. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (2), 236-246.
- Mitchell, M. (2000). Nursing intervention for pre-operative anxiety. *Nursing Standard*, 14, (37), 40-43.
- Niemi-Murola et al. (2007). Patient satisfaction with postoperative pain management – effect of preoperative factors. *Pain Management Nursing*, 8 (3), 122-129.
- Nord, R. (1998). Kap. 2. Ulike typer design. I: Fagermoen, M., Nord, R., Hanestad, B., Bjørnsborg, E. (red.) *Fra kunst til kolikk. Norsk sykepleieforskning i fokus* (s. 24-37). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk offentlig utredning 2/1997: *Pasienten først!* Helse- og omsorgsdepartementet.  
<http://regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/>

Norsk offentlig utredning 1/2005: *God forskning – bedre helse!* Helse- og omsorgsdepartementet. <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/>

Norsk offentlig utredning 3/2005: *Fra stykkevis til helt?* Helse- og omsorgsdepartementet. <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/>

Olsen SW., Nielsen, B., Lærkner, E. (2006). Når patienten vågner. *Sygeplejersken*, 25, 50-4.

Olsson, U., Bergbom, I., Bosaeus, I. (2002). Patients' experiences of the recovery period 3 months after gastrointestinal cancer surgery. *European journal of cancer care*, 11, 51-60.

Oltedal, S., Garratt, A., Helgeland, J. (2007). Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus – Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006. *Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, rapport nr. 1*. Oslo.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/>

Orem, DE. (1985). *Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.

Parthum, A., Weinzierl, A., Grassel, E., Koppert, W. (2006). Preoperative pain training. No influence on postoperative pain perception in patients undergoing cardiac surgery. *Schmerz*, 20 (4), 315-22.

Pettersen, K., Hofoss, D., Sjetne, IS. (2003). Pasienterfaringer i norske sykehus – endringer over tid? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 123, 3600-03.

Polit, D., Beck, CT. (2004). *Nursing research, principles and methods*. 7. edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Rasmussen, LS. (2006). Postoperative cognitive dysfunction: incidence and prevention. Best Practice Research. *Clinical anaesthesiology*, 20 (2), 315-30.

- 
- Roberts, BL., Rickard, CM., Rajbhandari, D., Reynolds, P. (2007). Factual memories of ICU: recall at two year post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission – a multicentre cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1669-1677.
- Ruyter, KW. (2003). Det informerte samtykket i medisinsk forskning. I Ruyter, KW. (red.). *Forskningsetikk, beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. (s. 109-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Shulldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 171-177.
- Slettebø, Å., Nortvedt, P. (2006). Autonomi som utfordring. I Slettebø, Å., Nortvedt, P. (red.). *Etikk for helsefagene*. (s. 193-213). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solbakk, JH. (2006). Etiske sider ved medisinsk og helsefaglig forskning. I Lorensen, M. (red.). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetode i sykepleie og andre helsefag* (s. 312-332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stein-Parbury, J., McKinley, S. (2000). Patients' experiences of being in an intensive care unit: a select literature review. *American Journal of Critical Care*, 9 (1), 20-27.
- Stern, C., Lockwood, C. (2005). Knowledge retention from pre-operative patient information. A systematic review. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 3, 45-63.
- Storli, LS., Asplund, K., Heggen, K., Bengtsson, J., Engelsrud, G. (2004). Intensivpasientens erfaringer. En problematisering av minnekategorisering i forskning og klinikk. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 3, 22-37.
- Stortingsmelding 26/1999: *Verdier i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/>

Strahan, E., Brown, R. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 160- 171.

Stubberud, DG. (2005). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I Gulbrandsen, T., Stubberud, DG. (red.). *Intensivsykepleie*. (s. 23-26). Oslo: Akribe Forlag AS, 1. utg.

Søreide, K., Immervoll, H., Molven, A. (2006). Forstadier til kreft i bukspyttkjertelen. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 126, 905-8.

Walker, JA. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 11 (8), 567-575.

Watts, S., Brooks, A. (1997). Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 85-92.

Wong, F., Arthur, D. (2000). Hong Kong patients' experiences of intensive care after surgery: nurses' and patients' views. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 290-303.

Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog. *Vård i Norden*, 3, 43-48.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (1983, 2007).

<http://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/content/143292/>

## **Vedlegg 1: Søknader med svar – forskningsfelt.**



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 1 av 1

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

**Dato:** 15. oktober 2007

Kreft – og kirurgidivisjonen,  
Ved divisjonsdirektør

## **Søknad om tilgang til å gjennomføre en studie om pasientinformasjon.**

I forbindelse med min masteroppgave i sykepleievitenskap, ønsker jeg å gjøre en studie om pasientinformasjon. Jeg har arbeidet ved Postoperativ avdeling som intensivsykepleier og fagutviklingssykepleier siden 1995, og har derfor erfaring med pasienters tidlige postoperative forløp etter større kirurgiske inngrep.

**Studiens tittel** er; pasienters erfaring med informasjon før operasjoner om oppholdet ved Postoperativ avdeling. Pasientene som studien retter seg mot skal gjennomgå planlagt kirurgi for kreft i lever, og de har sitt hovedopphold ved gastrokirurgisk avdeling.

**Hensikten** med studien er å beskrive pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Spørsmål jeg ønsker å belyse er: fikk pasientene den informasjonen de hadde behov for, og ble de forberedt på det de skulle gjennom?

Det er en kvalitativ studie, og metoden er intervju der det benyttes båndopptaker.

**Inklusjonskriterier** er; at pasienten er innlagt for planlagt kirurgi for kreft i lever, har oppholdt seg ved Postoperativ avdeling i minst 2 døgn, har hatt et forventet forløp, dvs. ikke fått komplikasjoner som medførte ny operasjon og/eller intensivbehandling, er over 18 år, forstår og snakker norsk, er mentalt klar og samarbeidende.

## **Rekruttering av pasienter.**

Planen er å rekruttere de pasientene som opereres i oktober/november/desember, hvis de fyller inklusjonskriteriene, hvis tilstanden deres tillater det, og hvis de samtykker i å delta. Det er ønskelig å intervju 10 pasienter. Tid for intervjuet er ved utskrivelsestidspunktet eller innen 3 uker etter utskrivelse fra gastrokirurgisk avdeling. Planlagte operasjoner settes opp i et ukentlig operasjonsprogram, og det registreres liggetid for pasienter ved Postoperativ. Jeg ønsker å diskutere med avdelingssykepleier på sengeposten om det er mulighet for å få hjelp til rekruttering av pasienter. Det er ønskelig at en sykepleier først informerer pasientene om studien og spør om de ønsker å delta, etter en vurdering av pasientenes tilstand 2-3 dager etter overflytting fra Postoperativ.

Studien er vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Sør B), under forutsetning av at avdelingsledelsen gir tillatelse til rekruttering av pasienter. Studien er meldt til NSD / personvernombud.

Med vennlig hilsen  
Anita Kristin Gabrielsen  
Fagerborggaten 16, 0360 OSLO.  
Tlf. 915 26 803.  
Veileder: Amanuensis Randi Nord  
Tlf. 22 85 05 74.  
E-post: randi.nord@medisin.uio.no



Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Seksjon for sykepleievitenskap  
Postboks 1153 Blindern  
N-0318 OSLO

**Dato:** 26. oktober 2007

Gastrokirurgisk avdeling  
Avdelingsleder

**Søknad om tillatelse til å rekruttere pasienter til studie om pasientinformasjon.**

Jeg viser til svar på søknad fra divisjonsdirektør \_\_\_\_\_, om å gjøre en studie om pasientinformasjon ved gastrokirurgisk avdeling. Denne studien er del av mitt mastergradsarbeid ved seksjon for sykepleievitenskap. Jeg er også ansatt ved Postoperativ avdeling.

**Studiens tittel** er; pasienters erfaring med informasjon før operasjoner, om oppholdet ved Postoperativ avdeling. Pasientene som studien retter seg mot skal gjennomgå planlagt kirurgi for kreft i lever.

**Hensikten** med studien er å beskrive pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Spørsmål jeg ønsker å belyse er: fikk pasientene den informasjonen de hadde behov for, og ble de forberedt på det de skulle gjennom? Det er en kvalitativ studie og metoden er intervju der det benyttes båndopptaker. **Inklusjonskriterier** er at pasienten; er innlagt til planlagt kirurgi for kreft i lever, har oppholdt seg ved Postoperativ avdeling i minst 2 døgn, har hatt et forventet forløp, dvs. ikke fått komplikasjoner som medførte ny operasjon og/eller intensivbehandling, er over 18 år, forstår og snakker norsk, er mentalt klar og samarbeidende.

**Rekruttering av pasienter.**

Planen er å rekruttere de pasientene som opereres i oktober/november/desember, hvis de fyller inklusjonskriteriene, hvis tilstanden deres tillater det, og hvis de samtykker i å delta. Det er ønskelig å intervju 10 pasienter. Tid for intervjuet er ved utskrivelsestidspunktet eller innen 3 uker etter utskrivelse fra gastrokirurgisk avdeling.

Da jeg er ansatt ved Postoperativ avdeling, kan jeg se i pasientregistreringsbok om pasientene har oppholdt seg ved avdelingen i 2 døgn. Jeg ønsker å diskutere med avdelingssykepleier på sengeposten om det er mulighet for å få hjelp til rekruttering av pasienter. Det er ønskelig at en sykepleier først informerer pasientene om studien og spør om de kan være interessert i å delta, etter å ha vurdert pasientenes tilstand 2-3 dager etter overflytting fra Postoperativ. Deretter gis pasientene en skriftlig informasjon/forespørsel av sykepleier, gis tid til å lese den, og spørres dagen etter. Jeg ønsker da å bli kontaktet for å snakke med pasienten og gi dem samtykkeerklæring hvis de ønsker å delta i studien. Hvis jeg får tillatelse til å rekruttere pasienter ved avdelingen, vil jeg ta kontakt med sykepleieleder for å informere om studien og for praktisk gjennomføring.





**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 2

Studien er vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Sør B), under forutsetning av at avdelingsledelsen gir tillatelse til rekruttering av pasienter. Studien er meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, Universitetet i Bergen.

Jeg håper at avdelingen ser positivt på søknaden.

Med vennlig hilsen  
Anita Kristin Gabrielsen  
Fagerborggaten 16,  
0360 OSLO.  
Tlf. 915 26 803.

Veileder: Amanuensis Randi Nord  
Tlf. 22 85 05 74.



---

## Gastrokirurgisk avdeling

Anita Kristin Gabrielsen  
Fagerborggaten 16  
0360 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:

Vår saksbeh.:

Dato:  
25.10.2007

### Vedrørende søknad om tilgang til å gjennomføre en studie om pasientinformasjon

Jeg viser til ditt brev av 15.10.07, hvor du søker om å få gjøre en studie om pasientinformasjon. Hensikten med studien er å beskrive pasienters erfaring med preoperativ informasjon om hendelser de vil oppleve under oppholdet ved Postoperativ avdeling.

Studien er vurdert og tilrådd av Regional komitè for medisinsk forskningsetikk (REK Sør B).

Avdelingen stiller seg meget positivt til en slik studie, og vil gjøre alt den kan for å legge forholdene til rette slik at den gjennomføres.

Kontaktpersoner inn i avdelingen vil bli seksjonsoverlege og  
avdelingssykepleier

Eneste betingelse for tillatelsen er at resultatene legges frem på et morgenmøte for leger og eventuelt et møte for sykepleiere, og at avdelingen får kopi av den skriftlige oppgaven som vil bli innlevert. Ønskes ytterligere kontakt eller opplysninger utover hva de 2 nevnte kan gi, kan undertegnede kontaktes.

Med vennlig hilsen

Avdelingsleder

Kopi veileder: amanuensis Randi Nord, Universitetet i Oslo  
Kopi: div.dir.

///Kret- og kirurgdivisjon

---

**Vedlegg 2: Tilråding fra Regional etisk komité (REK) og svar på endringsmelding.**



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

KOPI

Amanuensis Randi Nord  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern  
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk  
Sør-Norge (REK Sør)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 50 670

Telefaks: 228 44 661

E-post: [jorunn.lindholt@medisin.uio.no](mailto:jorunn.lindholt@medisin.uio.no)

Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

Dato: 08.10.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07379b

**S-07379b Pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om oppholdet ved  
Postoperativ avdeling. [2.2007.2100]**

Søknad mottatt 05.09.07 med følgende vedlegg: Prosjektbeskrivelse; informasjonsskriv med samtykkeerklæring; intervjuguide.

Søknaden er behandlet av REK Sør B i sitt møte torsdag 27.09.07 etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006 § 4, annet ledd jfr. forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning av 8. juni 2007 jfr. mandat av 19. januar 1989 med senere endringer.

**Saksfremstilling**

Dette er et ikke-terapeutisk prosjekt (som del av en masteroppgave) der målet er å undersøke hvilke erfaringer pasienter har med den informasjonen de får før et større kirurgisk inngrep, dvs. om de fikk den informasjonen de hadde bruk for og om de var forberedt på hva de skulle gjennomgå. Dette skjer ved å beskrive gastrokirurgiske kreftpasienters erfaring med preoperativ informasjon og hendelser de har opplevd under oppholdet ved Postoperativ avdeling. Studien er kvalitativ og består i å intervju 10 voksne pasienter innen 3 uker etter utskrivelse fra gastrokirurgisk avdeling. Spørsmålene følger en intervjuguide.

**Forskningsetisk vurdering**

Det er ikke nevnt fra hvilket universitetssykehus studien vil rekruttere pasienter. Det bør angis.

Komiteen ønsker også en bekreftelse fra avdelingsledelsen ved universitetssykehuset på at de tillater at pasienter kan rekrutteres for deltakelse i studien. Det er ansvarlig på avdelingen (f. eks. seksjonsoverlege) og ikke avdelingssykepleier eller ansvarlig sykepleier som nevnt under punkt 11 Informasjon og samtykke, som må gi tillatelse til dette. Kopi av tillatelse fra sykehuset bes sendt til komiteen.

Søknad skal signeres av prosjektleder som i dette tilfellet er veileder. Søknad signert veileder bes sendt inn.

**Informasjonsskriv/samtykkeerklæring**

1. Mangler logo
2. Det må opplyses om at REK Sør B har godkjent prosjektet.

**Vedtak**

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at navnet på universitetssykehus oppgis, og at følgende dokumenter sendes inn til komiteen til orientering: Søknad signert prosjektleder, tillatelse fra sykehusets avdelingsledelse og revidert informasjonsskriv.

Vedtaket var enstemmig.

Med vennlig hilsen



Tor Norseth  
Leder



Jorunn Lindholt  
Sekretær



# UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTET

Amanuensis Randi Nord  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Pb. 1153 Blindern  
0318 Oslo

Regional komité for medisinsk forskningsetikk  
Sør-Norge (REK Sør)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 228 50 670

Telefaks: 228 44 661

E-post: [jorunn.lindholt@medisin.uio.no](mailto:jorunn.lindholt@medisin.uio.no)

Nettadresse: [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no)

Dato: 27.11.07

Deres ref.:

Vår ref.: S-07379b

## S-07379b Pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om oppholdet ved Postoperativ avdeling. [2.2007.2100]

Vi viser til utfylt skjema for protokolltillegg og endringer datert 13.11.2007.

Søknaden er behandlet av REK Sør B i sitt møte torsdag 27.09.07 etter lov om behandling av etikk og redelighet i forskning av 30. juni 2006 § 4, annet ledd jfr. forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning av 8. juni 2007 jfr. mandat av 19. januar 1989 med senere endringer.

### Forskningsetisk vurdering

I skjemaet redegjøres det for en endring i inklusjonskriteriene som innebærer at prosjektet vil omfatte alle diagnosegrupper som er innlagt for planlagt kirurgi og ikke være begrenset til pasienter innlagt for planlagt kirurgi for kreft i lever

Komiteen har ingen innvendinger mot endringen da vi forutsetter at det innhentes tillatelse fra alle avdelinger om involveres. Det er ansvarlig på avdelingen (f. eks. seksjonsoverlege), som må gi tillatelse til dette. Kopi av tillatelser bes sendt inn til komiteen til orientering.

### Vedtak

Komiteen godkjenner at endringen gjennomføres i samsvar med det som fremgår av skjemaet for protokolltillegg og endringer med vedlegg.

Med vennlig hilsen

Tor Norseth  
Leder

Jorunn Lindholt  
Sekretær

Kopi: Mastergradsstudent Anita Kristin Gabrielsen, Fagerborggaten 16, 0360 Oslo

---

### **Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.**





## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

*Pasienters erfaring med informasjon før operasjoner, om oppholdet ved Postoperativ avdeling.*

### Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie. Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer pasienter har med informasjon før større kirurgiske inngrep. Fikk du den informasjonen du hadde behov for, og ble du forberedt på det du skulle gjennom? Dine erfaringer er viktige for oss som helsepersonell for at vi skal kunne forbedre informasjonen til pasientene.

Det er Universitetet i Oslo som er ansvarlig for studien, der jeg er student på mastergradnivå. Jeg er utdannet sykepleier og har videreutdanning i intensivsykepleie.

### Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å intervju deg og benytte båndopptaker. Intervjuet vil ta maksimalt en time. Opptaket vil bli oppbevart slik at det ikke er tilgjengelig for andre enn meg. Opptaket og overføring til tekst vil bli slettet senest august 2008.

### Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne hjelpe andre pasienter som skal opereres.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene av studien publiseres.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du behøver ikke å oppgi noen grunn hvis du ikke ønsker å delta, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få opplysningene slettet. Du har rett til innsyn i opplysningene som er registrert om deg, rett til å få disse korrigert og supplert dersom de er feil eller mangelfulle. Studien er vurdert og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK Sør B).

**Dersom du ønsker å delta**, ber vi deg om å skrive under på samtykkeerklæringen, som du får når du har lest denne informasjonen. Du kan trekke deg når som helst fra studien uten å oppgi noen grunn for dette. Denne informasjonen om studien kan du beholde. Jeg vil kontakte deg senere for å avtale tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen  
Anita Kristin Gabrielsen  
Tlf. 915 26 803.

Veileder: Amanuensis Randi Nord.  
Tlf. 22 85 05 74.



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Side 2 av 2

<b>Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien</b>  ----- (Signert av prosjektdeltaker, dato)	<b>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:</b>  ----- (Signert, rolle i studien, dato)
---	---



---

**Vedlegg 4: Tilråding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og personvernombud ved universitetssykehus.**



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Randi Nord  
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1153 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 18.10.2007

Vår ref: 17448 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

## TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.09.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17448  
Behandlingsansvarlig  
Daglig ansvarlig  
Student

Pasienters erfaring med preoperativ informasjon, om oppholdet ved Postoperativ avdeling  
Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder  
Randi Nord  
Anita Kristin Gabrielsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

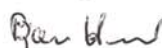
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo\\_endringsskjema.cfm](http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringsskjema.cfm). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Anita Kristin Gabrielsen, Fagerborggt. 16, 0360 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

---

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

17448

Utvalget består av pasienter innlagt i sykehus til planlagt kirurgi for kreft.

Førstegangskontakten opprettes av avdelingssykepleier/ansvarlig sykepleier ved gastrokirurgisk avdeling som deler ut informasjonsskriv. Pasientene samtykker skriftlig til deltakelse og returnerer samtykkeerklæring til sykepleiere på avdelingen. Ombudet minner om at taushetsplikten ikke kan være til hinder for prosjektleders førstegangskontakt med pasientene og legger til grunn at prosjektleder kontakter pasientene på bakgrunn av innleverte samtykkeerklæringer.

Informasjonsskrivet finnes tilfredsstillende forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Teksten vedrørende oppbevaring av opptaket "og det vil være anonymisert", må endres eller slettes. Så lenge opptaket inneholder personopplysninger er det ikke riktig å oppgi at det er anonymisert. Det kan for eksempel heller angis at prosjektleder (Gabrielsen) har taushetsplikt.
- Det bør også presiseres at også det øvrige datamaterialet (f.eks. intervjutranskripsjoner), og ikke bare opptakene, vil anonymiseres i august 2008.
- Det må også tilføyes at det er mulig å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi noen grunn for dette.
- Det kan med fordel fremgå at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
- I samtykkeerklæringen må teksten "bli behandlet anonymt" endres eller slettes. Forslag til ny tekst kan være "bli behandlet konfidensielt".

Ombudet ber om at kopi av revidert informasjonsskriv oversendes i god tid før utvalget kontaktes.

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Ved prosjektslutt 15.06.2008 skal datamaterialet anonymiseres. Anonymisering innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak slettes.

Ombudet forutsetter at prosjektet godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og ber om at kopi av godkjenningen oversendes når denne foreligger.

---

From:   
Subject: Personvernombudets tilrådning: Pasienters erfaring med informasjon før operasjoner, om oppholdet ved Postoperativ avdeling - Gabrielsen  
Date: Thu, November 15, 2007 15:23  
To: a.k.gabrielsen@studmed.uio.no

---

[Det følgende er en formell tilrådning fra personvernombudet. Les forutsetningene nøye og ta vare på denne eposten]

Kjære forsker

Viser til melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

Mandat for tilrådning

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av som personvernombud ved fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger til forskning meldes derfor til sykehusets personvernombud. Personvernombudet tar stilling til om melding er dekkende eller om det må søkes om konsesjon hos Datatilsynet. Se forøvrig [www.datatilsynet.no](http://www.datatilsynet.no) for oversikt over oppnevnte personvernombud.

Undertegnede har på fullmakt fra personvernombudet behandlet meldingen og uttaler seg på hennes vegne.

Tilrådning med forutsetninger

Personvernombudet har vurdert den planlagte databehandlingen av personopplysninger/helseopplysninger og vurderer denne til å tilfredsstillende forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27 og er derfor unntatt konsesjon, Personvernombudet har ingen innvendinger og tilrår at studien gjennomføres med den planlagte behandlingen av person- / helseopplysninger under forutsetning av følgende:

1. Behandling av personopplysninger/helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen (se vedlagte meldeskjema)
2. Vedlagte samtykke benyttes.
3. Melding pr. epost om avsluttet studie sendes personvernombudet senest 31.12.2008
4. Positiv uttalelse er innhentet fra Regional Komité for medisinsk forskningsetikk ("REK"). Evt. endringer til pasientinformasjonen fra komitéen forevises undertegnede i god tid før de effektueres.
5. Tilrådning er gitt fra NSD.

Endringer

Dersom det underveis i studien blir aktuelt å gjøre endringer i behandlingen av de aidentifiserte dataene, eller endringer i samtykket, skal dette forhåndsmeldes til personvernombudet.

Intern saksnr. på studien hos personvernombudet er: 942

Lykke til med studien!

Mvh

Personvernrådgiver

Kompetansesenteret for personvern

---

## **Vedlegg 5: Intervjuguide.**

---

## Intervjuguide - pasientinformasjon

---

### Bakgrunnsdata.

*Kjønn, alder, sivil status, i arbeid/pensjonist, diagnose, tidligere operert.*

### Introduksjonsspørsmål.

*1. Hva fikk du informasjon om før operasjonen?*

### Tema: Innhold i informasjon.

*2. Hva fikk du vite om det du skulle gjennom etter operasjonen; hvordan er det å våkne opp på en postoperativ avdeling? Hvordan var oppholdet ved PO?*

*3. Hva fikk du vite om det du skulle gjennom etter operasjonen; hva du må prøve å gjøre selv?*

*4. Hva kjente du igjen fra informasjonen du fikk?*

*5. Hva var du ikke forberedt på?*

*6. Var det noe du savnet informasjon om?*

### Tema: Former for informasjon.

*7. Når fikk du informasjon?*

*8. Hadde du med en pårørende når du fikk noe av informasjonen?*

---

## **Vedlegg 6: Instruks – sykepleier.**





**Instruks til sykepleier som skal spørre pasienter om deltakelse i studien:**

*Pasienters erfaring med preoperativ informasjon om oppholdet ved Postoperativ avdeling.*

Kriterier for å delta i studien er: at pasienten er innlagt for planlagt kirurgi, har oppholdt seg ved Postoperativ avdeling i minst 1 døgn, har hatt et forventet postoperativt forløp, dvs. ikke fått komplikasjoner som medførte ny operasjon og/eller intensivbehandling, er over 18 år, forstår og snakker norsk, er mentalt klar og samarbeidende.

Du tar kontakt med pasienten 2-3 dager etter overflytting fra Postoperativ avdeling, og gir en kort muntlig informasjon om studien.

Informasjonen bør inneholde følgende:

- Studien gjennomføres av en student ved Universitetet i Oslo.
- Hensikten med studien er å undersøke hvilke erfaringer pasienter har med informasjon før større kirurgiske inngrep.
- Studenten vil intervju deg.
- Om studenten kan ta kontakt med deg for å informere mer om studien.

Hvis pasienten ønsker å snakke med meg, kontakter du meg. Jeg vil da ta kontakt med pasienten og informere mer om studien og gi han/hun en skriftlig informasjon.

Takk for at dere er villige til å hjelpe meg med rekruttering av pasienter til studien.

Med vennlig hilsen  
Anita Kristin Gabrielsen  
Tlf. 915 26 803.